realizara seguimiento a las recomendaciones dadas por el medico.

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 4<br>VERSIÓN: 8<br>CÓDIGO: RH-F-011<br>DOCUMENTO CONTROLADO | EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCION EN HSEQ | PROFESIONALES ASOCIADOS |

## EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Fabian Tocora Fonseca

**Fecha:** 10/01/2023 **Cargo:** Tecnico en SST

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:
Política de prevención consumo de sustancias psicoactivas.
Política de acoso laboral.
Política de elementos de protección personal.

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Angie Vargas y Mauricio Infante.

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
X. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
X. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
X. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Atentamente,



**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

X. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** frente Salida
- **Punto de encuentro área Operativo:** frente Salida.
- **Mecanismo de alarma:** Sirena.

Atentamente,



**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

uso eficiente y ahorro de energía



uso eficiente y ahorro de agua



manejo integral de residuos. Reduc y recicla




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 87,5

Edwin Rocca

**Firma del trabajador**

cc. 1'022.958.693

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 13<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>DOCUMENTO CONTROLADO | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS |

**Nombre del trabajador:** Camilo Andres Rubio G **Fecha** | 16 | 01 | 2023 |

**Cargo:** Residente de Obra **Área:** Operativo

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | X | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | X | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | X | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | X | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | X | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | X | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | X | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | X | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | X | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | X | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | X | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | X | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | X | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:**

C.C: 79838555

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: NATALIA ANDREA CORTES BARRIOS

Firma: Natalia Andrea Cortes Barrios

C.C: 1073.225.203

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Camilo Andres Rubio G

**Fecha:** 16 Enero / 2023 **Cargo:** Residente de Obra

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Politica de Seguridad Vial y Polit.a de E.P.P.

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Argie Vargas - Mauricio Infante

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. X Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. X Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. X Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Oficina La Soledad
- **Punto de encuentro área Operativo:** SED Alemana Unificada - Guacamayos
- **Mecanismo de alarma:** Pito

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Energia



Agua



Residuos Sólidos y Liquidos




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100

Camilo A. Rubio G
**Firma del trabajador**

cc. 79838555

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 13<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>**DOCUMENTO CONTROLADO** | **INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION** | **PROFESIONALES ASOCIADOS** |

**Nombre del trabajador:** OMAR CAMILO LOPEZ S **Fecha** 01 | 11 | 2022

**Cargo:** RESIDENTE **Área:** OPERATIVO.

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | X | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | X | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | X | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | X | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | X | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | X | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | X | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | X | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | X | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | X | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | X | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | X | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | X | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | | | ✓ |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:**

C.C: 79.744.779.

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: NATALIA ANDREA CORTES BARRION

Firma:

C.C: 1075.225.203

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** OMAR CAMILO LOPEZ SANCHEZ.

**Fecha:** 1-11-22 **Cargo:** RESIDENTE DE OBRA.

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
e. X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

b. ES MUY IMPORTANTE EL NO CONSUMO DE TODO TIPO DE SUSTANCIAS EN EL LUGAR DE TRABAJO POR TODO EL PERSONAL QUE LABORA EN ESTE.

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
d. X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: EMPLEADOR Y TRABAJADORES.

ANGIE VARGAS Y MAURICIO INFANTE.

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. X Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** DE DESIGNA UN LUGAR FUERA del edi
- **Punto de encuentro área Operativo:** SE DESIGNA UN LUGAR FUERA de la obra.
- **Mecanismo de alarma:** SON 4 MECANISMOS SEGUN EL CASO.

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

AHORRO ENERGIA



AHORRO AGUA



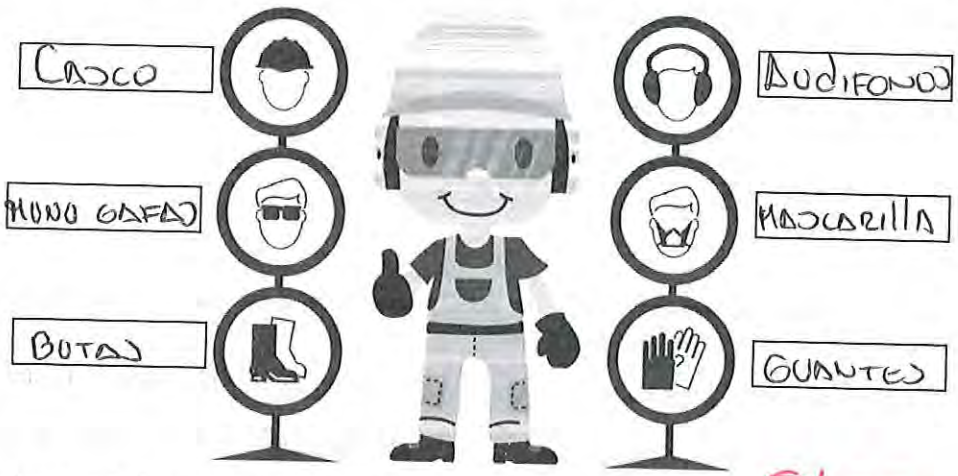
Y RECICLAJE




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 81.25

**Firma del trabajador**

cc. 79.944.734

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Luis Carlos Tovar Jiménez

**Fecha:** 1 Noviembre de 2022 **Cargo:** Residente administrativo

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
● Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Política HSEQ, debido a que el campo laboral de la construcción esté muy expuesto a accidentes laborales

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
● a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Angie Vargas y Mauricio Infante

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
● a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
● Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

● Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
● Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
● Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
● a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

● Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

- a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
- b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
- c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
- d. Ningunas de las anteriores.
- e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

- a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
- b. Emisor y Receptor.
- c. Gerente y jefe inmediato.
- d. Mecanismos de comunicación internos y externos
- e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

- a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
- b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
- c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
- d. Ninguna de las anteriores.
- e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

- a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
- b. Seguir el protocolo que establece la organización.
- c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
- d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
- e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Frente al edificio y parque 106
- **Punto de encuentro área Operativo:** Designado de acuerdo al sitio
- **Mecanismo de alarma:** 1 Pito = Alerta, 2 Pitos = Evacuar, 3 Pitos = Desastre 4 Pito o Constante = Evacuación.

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro de energía



Ahorro de Agua



Reciclaje y




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 87.5

**Firma del trabajador**

cc. 1018510121

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 12<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>**DOCUMENTO CONTROLADO** | **INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION** | **PROFESIONALES ASOCIADOS** |

**Nombre del trabajador:** Jerfenson Arnulfo Loaiza R. **Fecha** DD 17 MM 01 AAAA 2023

**Cargo:** Inspector obra **Área:** operativa.

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama) | X | | |
| 2 | Política HSEQ | X | | |
| 3 | Política de Transparencia y de Derechos Humanos | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política Proveedores | X | | |
| 5 | Política Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores | X | | |
| 7 | Política Acoso Laboral y Política de Confidencialidad | X | | |
| 8 | Explicación del Reglamento de Higiene y Seguridad, Reglamento de trabajo | X | | |
| 9 | Funciones y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo) | X | | |
| 10 | Horario de trabajo, Dominicales, Horas Extras | X | | |
| 11 | Explicación de Actividades, Programas de Medio Ambiente | X | | |
| 12 | Explicación de Actividades Programadas de Seguridad Salud en el trabajo | X | | |
| 13 | Presentación de Equipo de Trabajo (Compañeros de Trabajo) | X | | |
| 14 | Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 15 | Integrantes del COPASST y Manual de convivencia | X | | |
| 14 | Plan de emergencia (Alarma de PA , Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Programas de gestión y sus actividades. | X | | |
| 22 | Roles y Responsabilidades en SSTA | X | | |
| 23 | Presentación con Jefes Inmediatos y Conducto Regular | X | | |
| 24 | Entrega de Funciones y Responsabilidades de Cargo | X | | |
| 25 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** _____

C.C: 1013590546.

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: NATALIA ANDREA CORTES BARROS

Firma: _____

C.C: 1.075.225.207

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Jefferson Arnulfo Loaiza Rodriguez.

**Fecha:** 17-01-2023 **Cargo:** Inspector de obra

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y expliquela:

Elementos de proteccion personal; por el bien de uno mismo utilizar la protección en cada actividad.

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Angie Vargas, Mauricio Izquierdo.

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
X Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Oficina la soledad
- **Punto de encuentro área Operativo:** Oficina Campamento. Colegio.
- **Mecanismo de alarma:** Pito.

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro Energía



Ahorro Agua



Residuos y Solidos.




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




100

**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos.

**Firma del trabajador**

cc. 1013590846

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 12<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>**DOCUMENTO CONTROLADO** | **INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION** | PROFESIONALES ASOCIADOS |

**Nombre del trabajador:** JUAN F. PEDREROS D. **Fecha** DD 16 MM 01 AAAA 2023

**Cargo:** INSPECTOR DE OBRA **Área:** OPERATIVA

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama) | X | | |
| 2 | Política HSEQ | X | | |
| 3 | Política de Transparencia y de Derechos Humanos | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política Proveedores | X | | |
| 5 | Política Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores | X | | |
| 7 | Política Acoso Laboral y Política de Confidencialidad | X | | |
| 8 | Explicación del Reglamento de Higiene y Seguridad, Reglamento de trabajo | X | | |
| 9 | Funciones y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo) | X | | |
| 10 | Horario de trabajo, Dominicales, Horas Extras | X | | |
| 11 | Explicación de Actividades, Programas de Medio Ambiente | X | | |
| 12 | Explicación de Actividades Programadas de Seguridad Salud en el trabajo | X | | |
| 13 | Presentación de Equipo de Trabajo (Compañeros de Trabajo) | X | | |
| 14 | Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 15 | Integrantes del COPASST y Manual de convivencia | X | | |
| 14 | Plan de emergencia (Alarma de PA , Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Programas de gestión y sus actividades. | X | | |
| 22 | Roles y Responsabilidades en SSTA | X | | |
| 23 | Presentación con Jefes Inmediatos y Conducto Regular | | | |
| 24 | Entrega de Funciones y Responsabilidades de Cargo | | | |
| 25 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** Juan Fernando Pedreros D.

C.C: 12.198.059

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: NATALIA ANDREA CORTES BARRIOS

Firma: Natalia Andrea Cortes Barrios

C.C: 1.075.225.209

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Juan Fernando Pedreros Diaz

**Fecha:** 16 - Enero - 2023 **Cargo:** Inspector de Obra.

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

a, b y c - Politica de confindencialidad.

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Angie Vargas y Mauro Monte.

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Oficina la Soledad
- **Punto de encuentro área Operativo:** Campo.
- **Mecanismo de alarma:** Pito.

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro de Energia



Ahorro y Uso Eficiente del Agua



Residuos Sólidos




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 93.5

**Firma del trabajador**

CC. 12.198.058

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Lizeth Vanessa Rozo Rivera

**Fecha:** 3-Noviembre-2022 **Cargo:** Inspectora de Obra.

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Política de EPP: Como empleado debo utilizar los EPP suministrados por la empresa para garantizar el buen desempeño de mis labores y previniendo un accidente laboral.

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Empleador - Empleado.

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.

e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
X Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
X Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

X a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Afuera, frente al edificio
- **Punto de encuentro área Operativo:** El que se defina en el proyecto

- **Mecanismo de alarma:** MEDEVAC.

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Reparar | Renovar | y Reciclar








**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**



**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 81.25

**Firma del trabajador**

cc. 1026280172 de Bogotá.

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 13<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>**DOCUMENTO CONTROLADO** | **INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION** | **PROFESIONALES ASOCIADOS** |

**Nombre del trabajador:** CIRO ANTONIO MEJIA RINCON **Fecha** DD 20 MM 01 AAAA 2023

**Cargo:** Inspector Junior **Área:** Operativo

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | X | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | X | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | X | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | X | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | X | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | X | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | X | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | X | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | X | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | X | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | X | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | X | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | X | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** [signature]

C.C: 80 116 087

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: NATALIA ANDREA CORTES BARRIOS

Firma: [signature] Natalia Andrea Cortes Barrios

C.C: 1.095.225.207

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Ciro cantombele vinces

**Fecha:** 20 - Enero - 2023 **Cargo:** Inspector obra

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

todas las politicas estan expuestas, tienen que ver con el cargo y sus funciones, transparencia, prevención, seguridad confidencialidad

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Angie Vargas, Mauricio Tafonte

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
X. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** oficinas Soledad
- **Punto de encuentro área Operativo:** frente de obra Carbonel
- **Mecanismo de alarma:** Silbato

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro Eficiente Energia



Ahorro agua



Residuos y Solidos




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




81,25

**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos.

CdMR

**Firma del trabajador**

cc. 80116087

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS |
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** Sandra Milena Hormaza L. **Fecha** 07 | 11 | 2022

**Cargo:** Director de Obra. **Área:** Operativa.

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | X | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | X | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | X | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | X | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | X | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | X | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | X | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | X | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | X | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | X | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | X | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | X | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | X | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | X | | V |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** _____

C.C: 52382758 / Bta

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: NATALIA ANDREA CORTES BARRIOS

Firma: _____

C.C: 1075225202

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Sandra M. Lara Herrera Lozano.

**Fecha:** 1 - Noviembre 2022 **Cargo:** Director de Obra.

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

CON EL ROL DE MI CARGO ES MI DEBER ESTAR ATENTO DE LIDERAR EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS POLITICAS DESDE LA DIRECCION A TODO EL EQUIPO DE TRABAJO Y ASI EL PERSONAL RELACIONADO CON EL PROYECTO

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: _____

_____

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** ESTE DEBE SER DESIGNADO EN EL LUGAR DE LA OBRA
- **Punto de encuentro área Operativo:** ESTE DEBE SER DESIGNADO EN EL LUGAR DE LA OBRA
- **Mecanismo de alarma:** SE DEBE ESTABLECER EN LA OBRA

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Cuidado Medio Ambiente | Ahorro de Agua | Reciclado y Disposición Final








**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 81.25

Firma del trabajador

CC. 52842758 Bta

| | |
|---|---|
| PAGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS SAS

TEMA: Inducción SST.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | X | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicas Calidad | X | Contratistas |
| | Charla | | Otros | | Otros: |

LUGAR: Alcaldía Montería. FECHA: 23 / 01 / 2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jorge Ochoa | 1.124.043.203 | Oficial |
| 2 | Luis F. Cruz | 79.111.213 | Oficial |
| 3 | | | |
| 4 | Oscar Guerrero | 1.024 467174 | Oficial |
| 5 | Florentina Novelo | 1144107 7 | oficial |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** ____

**Nombre del trabajador:** Florentino Ravelo E.

**Fecha:** 23/01/23 **Cargo:** oficial

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Acoso laboral.
EPP
Seguridad vial

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
d. X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio Navarrete y Floren Loaiza

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. X Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. X Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. X Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. X Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. X Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. X Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. X Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. X Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. X A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. X Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Cancha de Micro
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha de micro
- **Mecanismo de alarma:** Sirena.

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro de Energia.



Ahorro de Agua.



Residuos




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100%

Florentino Ravelo
**Firma del trabajador**

cc. 11441077

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1<br>VERSIÓN: 4<br>CÓDIGO: RH-F-004<br>DOCUMENTO CONTROLADO | **ASISTENCIA A CAPACITACION** | PROFESIONALES ASOCIADOS.com |

TEMA: Inducción SST.

MARCAR CON "X"

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | X Inducción - Reinducción | TEMAS | X Seguridad Industrial | DIRIGIDO | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | | X Salud Ocupacional | | X Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | X Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | X Contratistas |
| | Charla | | Otros | | Otros |

LUGAR: Alcaldía Uniformada. FECHA: 23 / 01 / 2023 DURACIÓN: 1h.

**RELACIÓN DE PARTICIPANTES**

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jeaseados | 1.174.043 203 | OFICIAL |
| 2 | Luis H. Cruz | 79.111.913 | Oficial |
| 3 | | | |
| 4 | Oscar Guerrero | 1.024 467174 | Oficial |
| 5 | Florentina Novelo | 1144107 7 | oficial |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Jeancarlos Angel. M

**Fecha:** 23/01/2023 **Cargo:** Oficial

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Elementos Laborales
HSEQ
Acoso Laboral

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: _____

_____

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
X b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
X c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
X d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** cancha de micro.
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha de micro
- **Mecanismo de alarma:** sirena

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro de mesa | Ahorro de agua | Reducir y reciclar








**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100%

Jeancarlos
**Firma del trabajador**

cc. 1.124.043.203

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1<br>VERSIÓN: 4<br>CÓDIGO: RH-F-004<br>DOCUMENTO CONTROLADO | **ASISTENCIA A CAPACITACION** | PROFESIONALES ASOCIADOS SAS |

TEMA: Inducción SST.

MARGAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | X | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Alcaldía Uniformada. FECHA 23 01 2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jorge Cadiz | 1.124.043.283 | OFICIAL |
| 2 | Luis H. Cruz | 79.111.913 | Oficial |
| 3 | | | |
| 4 | Oscar Guerrero | 1.024.467.174 | Oficial |
| 5 | Florentino Acevedo | 1144.107.7 | Oficial |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Fabian Rocca (11)<br>Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Luis Humberto cruz R.

**Fecha:** 23 01 23 **Cargo:** Op. cpl.

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Política transparencia derechos hum
Política Seguridad Vial
Política integrado derecho hum...

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: _____

_____

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
X Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
X Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
X Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
X Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

- a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
- b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
- c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
- d. Ningunas de las anteriores.
- e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

- a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
- b. Emisor y Receptor.
- c. Gerente y jefe inmediato.
- d. Mecanismos de comunicación internos y externos
- e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

- a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
- b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
- c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
- d. Ninguna de las anteriores.
- e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

- a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
- b. Seguir el protocolo que establece la organización.
- c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
- d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
- e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Cabina de mando
- **Punto de encuentro área Operativo:** cabinas de mando
- **Mecanismo de alarma:** sirena

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

ahorro Energia | ahorro agua | Uso y reciclaje








**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




100%

**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos.

**Firma del trabajador**

cc. 79111763

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: inducción SST

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | X | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| | Charla | | Otros | | Otros |

LUGAR: Alcaldía Oficina FECHA 30 01 2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Edwin Heredo Galvis | 1077871767 | Ayudante |
| 2 | Carlos Osmar | 80762173 | ayudante |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma del Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| **DOCUMENTO CONTROLADO** | | |

**Nombre del trabajador:** Carlos Bernal **Fecha** DD: 30 MM: 01 AAAA: 23

**Cargo:** ayudante **Área:** Alemania unificada

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | X | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | X | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | X | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | X | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | X | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | X | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | X | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | X | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | X | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | X | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | X | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | X | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | X | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** Carlos Bernal

C.C: 80762173

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: Juan Garcia Forero

Firma: Juan Garcia

C.C: 1'077.958.693

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Carlos Leonal

**Fecha:** 30-01-2023 **Cargo:** ayudante

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Politica HSEQ

Politica de seguridad vial y politica de elementos de proteccion

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio navarrete - Oscar Guerrero

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Cancha de micro
- **Punto de encuentro área Operativo:** Cancha de micro
- **Mecanismo de alarma:** Sirena

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Uso eficiente y ahorro de energía



uso eficiente y ahorro de agua



manejo integral de residuos




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [F]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos 100%

Carlos Beird
**Firma del trabajador**

cc. 80762173

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Induccion SST

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | X | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| | Charla | | Otros | | Otros |

LUGAR: Alemania Unificada

FECHA: 30 / 01 / 2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Edwin Henao Galvis | 1077871727 | Ayudante |
| 2 | Carlos Bernal | 80762173 | ayudante |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** Edwin Henry Galvis **Fecha** 30 | 1 | 2023

**Cargo:** Ayudante **Área:** Alemania Oficina

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | X | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | X | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | X | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | X | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | X | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | X | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | X | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | X | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | X | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | X | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | X | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | X | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | X | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:**

C.C: 1077871727

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: Johan Lopez Lyons.

Firma:

C.C: 1072495603

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Edwin Hernao Galvis

**Fecha:** 30-1-2023 **Cargo:** Ayudante

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
(e) Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Política de Seguridad vial
Política EPP
Política HSEQ

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
(d) a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio Navarrete
Oscar Guerrero

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
(d) a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
(e) Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

(a) Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
(b) Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
(d) Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
(b) Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
(c) Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

(a) Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
(d) Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Canchas de micro
- **Punto de encuentro área Operativo:** Canchas de micro
- **Mecanismo de alarma:** Sirena

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Uso eficiente de ahorro de energia



Uso eficiente y ahorro de Agua



Manejo integral de residuos




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 100%

Firma del trabajador

CC. 1077871711

Powered by CamScanner

| PAGINA: 1 de 1 |
|---|
| VERSIÓN: 4 |
| CODIGO: RH-F-004 |
| DOCUMENTO CONTROLADO |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Inducción SST

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | X Inducción - Reinducción | | X Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | | X Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | X Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Alcaldía Chinácota

FECHA: 04 / 02 / 2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jorge Garcia | 3185737 | Oficial |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Edwin Garcia

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 13<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>DOCUMENTO CONTROLADO | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

**Nombre del trabajador:** Jorge Garcia **Fecha** DD: 04 MM: 02 AAAA: 2023

**Cargo:** Oficial **Área:** Alcaldia Municipal

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | X | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | X | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | X | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | X | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | X | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | X | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | X | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | X | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | X | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | X | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P. | X | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | X | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | X | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | X | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:**

C.C: 7185737

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: Adriana Lopez Rozo

Firma:

C.C: 1022968693

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Jorge Garcia

**Fecha:** 04/02/23 **Cargo:** Oficial

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

uso de los E.P.P.
Política de alcohol y drogas
Política acoso laboral

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio N. Oscar Guerrero

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** CANCHA MICRO
- **Punto de encuentro área Operativo:** Cancha Micro
- **Mecanismo de alarma:** Sirena

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro de energia



ahorro agua



Manejo integral de residuos




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [X]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [X]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**

casco



Tapa oidos

gafas

Tapa bocas

botas

guantes

100%

**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos.

**Firma del trabajador**

cc. 3185737

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| PAGINA 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS.com |
| VERSION: 4 | | |
| CODIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Inducción SST.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| X | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia: Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | X | Medio Ambiente | | Copaset / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| | Charla | | Otros | | Otros: |

LUGAR: Alcaldía Unificada. FECHA: 23 / 01 / 2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jeaseados | 1.174.043.23 | OFICIAL |
| 2 | Luis H. Cruz | 79.111.913 | Oficial |
| 3 | | | |
| 4 | Oscar Guerrero | 1.024.467.174 | Oficial |
| 5 | Florentino Ruvalcaba | 11441077 | oficial |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Oscar Guerrero

**Fecha:** 01-23-2023 **Cargo:** Oficial.

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Consumo de sustancias psicoactivas
Politica seguridad vial
Politica de EPP

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: _____

_____

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** Cancha de micro
- **Punto de encuentro área Operativo:** Cancha de micro.
- **Mecanismo de alarma:** Sirena.

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Uso adecuado de la energía



Ahorro de agua



Manejo de residuos




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [F]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**

Casco

Gafas

Botas



Tapa oidos

Cubre bocas

Guantes

**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos.

100

OSCAR GUERRERO
**Firma del trabajador**

cc. 1.024.467.174 BTA

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CODIGO: HSEQ-F-183 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |
| FECHA | 30-01-2023 | TIEMPO CONTRATO: 1 año |
| CARGO | Ayudante | |
| NOMBRE TRABAJADOR | Carlos Bernal | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 80765713 | Carlos Bernal |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO Juan Sebastian Rozo. REVISO

Powered by CamScanner

PÁG 1

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 30-6-2023 | TIEMPO | 1 mes |
| CARGO: | Ayudante | CONTRATO | CSEDCOL. PGCNTR 077644 |
| NOMBRE TRABAJADOR | Edwin Fernando | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1077871717 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO [signature] REVISO

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA | 23/01/23 | TIEMPO CONTRATO | 30 días CPS 407644 |
| CARGO | oficios | | |
| NOMBRE TRABAJADOR | Florentino Rovelo | | Florentino Rovelo |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1144107 77 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 23/01/2023 | TIEMPO CONTRATO | Un año |
| CARGO: | Oficial | | 4077844 |
| NOMBRE TRABAJADOR: | Jeancarlos | | Jeancarlos |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1.134.043.203 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|---|---|
| FECHA: | 04/02/23 | TIEMPO CONTRATO | | 15 años<br>4077644 |
| CARGO: | OFICIAL | | | |
| NOMBRE TRABAJADOR | Jorge Guio | | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 3185777 | | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 23 01 23 | | TIEMPO CONTRATO | 30 días |
| CARGO: Oficial | | | 4077649 |
| NOMBRE TRABAJADOR | Luis M. Cruz | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 7611263 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

| PAGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA | 23-01-2023 | TIEMPO | 12 años |
| CARGO | Oficial | CONTRATO | COL. CONTR. 4077644 |
| NOMBRE TRABAJADOR | Oscar Guerrero | | Oscar Guerrero. |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1024-467-174 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | Maquinas y herramientas. |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | fumigas. |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

**Nombre del trabajador:** Justo ojeda. **Fecha** DD 01 MM 02 AAAA 23

**Cargo:** Ayudante. **Área:** colegio jose maria carbonell

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | | | ✓ |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | | | ✓ |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | | | ✓ |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** Justo Ojeda

C.C: 1.122.812.

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: Dubar Dayanny Castro P.

Firma: Dayanny

C.C: 1.023.021.403.

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 04-02-23. | TIEMPO | 15 min |
| CARGO: | Auxiliar. | CONTRATO | 300 - Carbonell. |
| NOMBRE TRABAJADOR | Luis Tello Oyola | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1422812. | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | ✓ | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | | ✓ | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | | ✓ | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | | ✓ | |
| | PRESIONES ANORMALES | | ✓ | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | ✓ | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | ✓ | |
| | LIQUIDOS | ✓ | ✓ | |
| | VAPORES Y GASES | ✓ | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | ✓ | | |
| | EXPLOSIÓN | ✓ | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | ✓ | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | | ✓ | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | ✓ | |
| | BAJA TENSIÓN | ✓ | | |
| | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| | CARGA DINÁMICA | ✓ | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | ✓ | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | ✓ | | |
| | RELACIONES HUMANAS | ✓ | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | | ✓ | |
| | DESLIZAMIENTOS | | ✓ | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | ✓ | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | ✓ | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | ✓ | | |
| | COLISIONES | | | |

ELABORO Deboni Castro P. REVISO

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Justo oyola.

**Fecha:** 01-02-23. **Cargo:** Ayudante.

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

EPP. Le mi nu ci on, De Ac i den te.

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: 1- Representante, legal
1 Trabajadores

**3- Señale los programas de Riesgo:**

X a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
X c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** CANCHA, PRINCIPAL
- **Mecanismo de alarma:** PORTERÍA.

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

LUZ



AGUA,



RECICLAJE




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Firma del trabajador

CC. 1422812

100 OK

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 02-02-23 | TIEMPO | 10 min |
| CARGO: | auxiliar | CONTRATO | SED. |
| NOMBRE TRABAJADOR | Mario alonso monrique. | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 12.630.846. | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | ✓ | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | | X | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | | X | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | | X | |
| | PRESIONES ANORMALES | | X | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | ✓ | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | X | |
| | LIQUIDOS | ✓ | | |
| | VAPORES Y GASES | ✓ | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | ✓ | | |
| | EXPLOSIÓN | ✓ | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | ✓ | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | ✓ | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | X | |
| | BAJA TENSIÓN | ✓ | | |
| | CARGA ESTÁTICA | | X | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| | CARGA DINÁMICA | ✓ | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | | X | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | ✓ | | |
| | RELACIONES HUMANAS | ✓ | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | ✓ | | |
| | DESLIZAMIENTOS | ✓ | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | ✓ | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | ✓ | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | | X | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | | X | |
| | COLISIONES | | X | |

ELABORO Johan Dayanny Castro P. REVISO

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| **DOCUMENTO CONTROLADO** | | |

**Nombre del trabajador:** Marco alfonso manrique. **Fecha** DD 02 MM 02 AAAA 2023.

**Cargo:** Ayudante **Área:** colegio jefe marco carbonell

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | ✓ |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | / | | ✓ |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial) | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** _____

C.C: 12.630.896.

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: Dubar Dayanny Castro P.

Firma: _____

C.C: 1023.021.403.

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Nancy Monrique. Orozco

**Fecha:** 02-02-23. **Cargo:** Ayudante

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Salud en el trabajo, EPP.

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: 1 Trabajadores

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Puerta principal
- **Mecanismo de alarma:** Sirena.

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Luz · Agua · Reciclaje








**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [F]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Firma del trabajador

cc. 1263396

100 OK

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|---|---|
| FECHA: | 24-07-23 | TIEMPO | | 10 min |
| CARGO: | Ayudante. | CONTRATO | | 30d. |
| NOMBRE TRABAJADOR | Cogua | | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1020855590 | | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA | | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | |
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | ✓ | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | | X | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | | X | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | | X | |
| | PRESIONES ANORMALES | | X | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | ✓ | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | X | |
| | LIQUIDOS | ✓ | | |
| | VAPORES Y GASES | | X | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | | X | |
| | EXPLOSIÓN | | X | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | ✓ | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | | X | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | X | |
| | BAJA TENSIÓN | ✓ | | |
| | CARGA ESTÁTICA | | X | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| | CARGA DINÁMICA | ✓ | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | ✓ | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | ✓ | | |
| | RELACIONES HUMANAS | ✓ | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | ✓ | | |
| | DESLIZAMIENTOS | ✓ | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | ✓ | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | ✓ | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | ✓ | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | ✓ | | |
| | COLISIONES | ✓ | | |

ELABORO Duban Castro P. REVISO Duban Castro P.

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Oscar Oscar

**Fecha:** 24-01-23 **Cargo:** Ayudante

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

X a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
X b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

HSEQ por prevención de riesgos

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Uno por parte de vigilancia por trabajadores

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
X c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
X d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
X b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

X a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
X d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
X e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
X b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** CANCHA PRINCIPAL COLEGIO
- **Punto de encuentro área Operativo:** CANCHA PRINCIPAL
- **Mecanismo de alarma:** ALARMA DE PITO

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Energia | Agua | Residuos








**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental B
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores B
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. B
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. B

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

**Firma del trabajador**

cc. Jadal Garcia

| | | |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>DOCUMENTO CONTROLADO | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

**Nombre del trabajador:** Abdon Angulo **Fecha** DD 24 MM 04 AAAA 2023

**Cargo:** Ayudante **Área:** Operativo

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

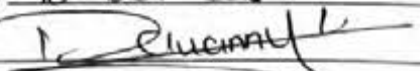
Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** 

C.C: 79. 682 771

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: Oscar Castro

Firma: 

C.C: 1.023 021.403

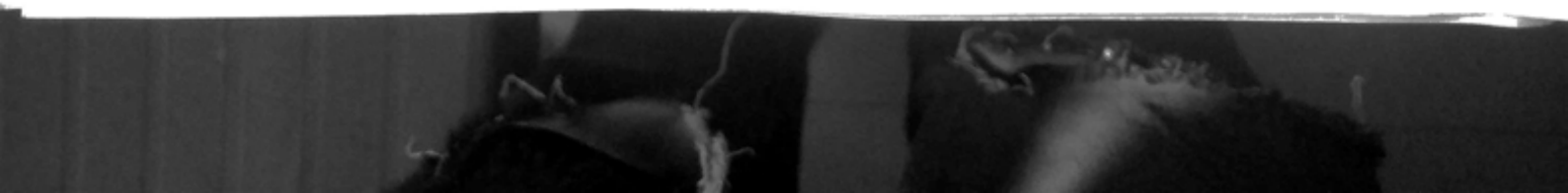
Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 24-07-23 | TIEMPO | 10 min |
| CARGO: | Admin Aryu | CONTRATO | Ser. |
| NOMBRE TRABAJADOR | | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 79.682771 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | ✓ | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | ✓ | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | | X | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | | X | |
| | PRESIONES ANORMALES | ✓ | X | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | ✓ | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | X | |
| | LIQUIDOS | ✓ | | |
| | VAPORES Y GASES | ✓ | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | ✓ | | |
| | EXPLOSIÓN | ✓ | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | ✓ | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | ✓ | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | ✓ | | |
| | BAJA TENSIÓN | ✓ | | |
| | CARGA ESTÁTICA | | X | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| | CARGA DINÁMICA | ✓ | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | ✓ | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | ✓ | | |
| | RELACIONES HUMANAS | ✓ | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | ✓ | | |
| | DESLIZAMIENTOS | ✓ | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | ✓ | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | ✓ | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | ✓ | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | ✓ | | |
| | COLISIONES | ✓ | | |

ELABORO Dubar castro REVISO Diomyc



# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Ademir Angulo.

**Fecha:** 24-04-23 **Cargo:** Ayudante.

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Política EPP por el uso de las mismas

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Uno por parte de los trabajadores y otro por parte del empleador

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
X b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

X a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
X d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

X a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
X b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** CANCHA Principal
- **Mecanismo de alarma:** Alarma de porteria

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Energía



agua



Reciclaje




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental B
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores B
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. B
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. B

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 9.0

**Firma del trabajador**

cc. 79-682 771

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 13<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>**DOCUMENTO CONTROLADO** | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda |

**Nombre del trabajador:** Ramirez Barbosa, Jose. **Fecha** DD 24 MM 04 AA 2023.

**Cargo:** Ayudante **Área:** Operativo.

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:**

C.C: 1.023.021.403

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: Yubar Dayanny Castro P.

Firma:

C.C: 1.023.021.403

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| FECHA: | 24-07-23. | TIEMPO | 10 min |
|---|---|---|---|
| CARGO: | Ayudante. | CONTRATO | SED. |
| NOMBRE TRABAJADOR | Ramirez Jose. | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 3485412. | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA | | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | |
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | ✓ | X | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | | X | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | | X | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | | X | |
| | PRESIONES ANORMALES | | X | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | ✓ | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | X | |
| | LIQUIDOS | ✓ | | |
| | VAPORES Y GASES | | X | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | | X | |
| | EXPLOSIÓN | | X | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | ✓ | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | ✓ | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | X | |
| | BAJA TENSIÓN | ✓ | | |
| | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| | CARGA DINÁMICA | ✓ | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | ✓ | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | ✓ | | |
| | RELACIONES HUMANAS | ✓ | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | ✓ | | |
| | DESLIZAMIENTOS | ✓ | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | ✓ | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | | X | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | | X | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | | X | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO Ruben Dewanny Castro R. REVISO Dewanny C.

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Ramirez Bonbayo jose

**Fecha:** 24-01-23. **Cargo:** Ayudante

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

EPP

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: JEFE y TRABAJADORES

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** CANCHA PRINCIPAL
- **Mecanismo de alarma:** Porteria

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Luz



Energía



Reciclaje




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. 96

Firma del trabajador

cc. 3480172

| | | |
|---|---|---|
| PAGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** Erick osorio. **Fecha** DD 24 MM 01 AAAA 2023.

**Cargo:** Ayudante. **Área:** Operativa

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:**

C.C: 1026855890

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: Dubis Davianny castro.

Firma:

C.C: 4.023.021.403.

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | | |
| FECHA: | 24-07-23 | TIEMPO | 10 min. |
| CARGO: | Ayudante. | CONTRATO | SEO. |
| NOMBRE TRABAJADOR | Jesus Romero Perez | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1.064.55.362. | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | ✓ | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | | X | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | | X | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | | X | |
| | PRESIONES ANORMALES | | X | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | ✓ | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | X | |
| | LIQUIDOS | ✓ | | |
| | VAPORES Y GASES | ✓ | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | | X | |
| | EXPLOSIÓN | | X | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | ✓ | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | ✓ | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | X | |
| | BAJA TENSIÓN | ✓ | | |
| | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| | CARGA DINÁMICA | ✓ | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | ✓ | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | ✓ | | |
| | RELACIONES HUMANAS | ✓ | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | ✓ | | |
| | DESLIZAMIENTOS | | X | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | | X | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | | X | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | | X | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | | X | |
| | COLISIONES | | X | |

ELABORO Ruben Dario Cuervo REVISO

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| **DOCUMENTO CONTROLADO** | | |

**Nombre del trabajador:** Pomca Perez Jesus. **Fecha** DD 24 MM 04 AAAA 2023

**Cargo:** Ayudante. **Área:** Archivo.

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** [signature]

C.C: 1795553 82

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: Yuber Dayanny Castro P

Firma: [signature]

C.C: 1023021403.

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Cancha Principal
- **Mecanismo de alarma:** Porfia

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

luz



agua



reciclaje y




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**

Casco



guantes

botas

Auditivos

tapabocas

Guantes

90.

**Calificación**: Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos.

**Firma del trabajador**

cc. 1745553 62

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Luis Carlos Perez

**Fecha:** 24 2023 **Cargo:** Maestro

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

a, b y c Luis Co

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Oscar Guerrero Juan Pedraza

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X d. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** s/a
- **Punto de encuentro área Operativo:** costado oriental colegio.
- **Mecanismo de alarma:** _____

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

ahorro energia.



Uso de agua



Reuse y recicle




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito/ Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

**Firma del trabajador**

cc. 1270476899

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 13<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>**DOCUMENTO CONTROLADO** | **INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION** | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

**Nombre del trabajador:** Luis Carlos Perez **Fecha** DD 24 MM 01 AAAA 2023

**Cargo:** Maestro **Área:**

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | | ✓ | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | ✓ | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | | ✓ | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:**

C.C: 1870269

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: _____

Firma: _____

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| FECHA: | 24 abril 2023 | TIEMPO | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | Auxiliar | CONTRATO | |
| NOMBRE TRABAJADOR | Luis David Perez | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1070689 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA | | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | |
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | ✓ | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | ✓ | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | ✓ | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | ✓ | | |
| | PRESIONES ANORMALES | ✓ | | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | ✓ | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | ✓ | |
| | LIQUIDOS | | ✓ | |
| | VAPORES Y GASES | ✓ | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | | ✓ | |
| | EXPLOSIÓN | | ✓ | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | ✓ | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | ✓ | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | ✓ | |
| | BAJA TENSIÓN | | ✓ | |
| | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | | ✓ | |
| | CARGA DINÁMICA | | ✓ | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | ✓ | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | | ✓ | |
| | RELACIONES HUMANAS | | ✓ | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | ✓ | | |
| | DESLIZAMIENTOS | ✓ | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | ✓ | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | ✓ | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | | ✓ | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | ✓ | | |
| | COLISIONES | | ✓ | |

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Sergio Navarrete

**Fecha:** 24-01-2023 **Cargo:** Ayudante

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

A,B,C todos tenemos responsabilidades en seguridad y salud en el trabajo

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio Navarrete - Oscar Guerrero Yeppesson Cogiza - Juan Pedreros

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
X Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
X Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

X. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Esquina oriental del colegio
- **Mecanismo de alarma:** 3 pitos

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro de Energía



Uso eficiente del Agua



Reciclar y Reutilizar




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Firma del trabajador

cc. 1000778186

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** Sergio Navarrete **Fecha** DD 24 MM 01 AAAA 2023

**Cargo:** Ayudante **Área:** Entre Nubes

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** _____

C.C: 1000778186

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 24 enero 2023 | TIEMPO | |
| CARGO: | Ayudante | CONTRATO | SGD |
| NOMBRE TRABAJADOR | Sergio Navarrete | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1000778186 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | | ✓ | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | | ✓ | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | | ✓ | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | ✓ | | |
| | PRESIONES ANORMALES | ✓ | | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | ✓ | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | ✓ | |
| | LIQUIDOS | | ✓ | |
| | VAPORES Y GASES | ✓ | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | | ✓ | |
| | EXPLOSIÓN | | ✓ | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | | ✓ | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | ✓ | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | ✓ | |
| | BAJA TENSIÓN | ✓ | | |
| | CARGA ESTÁTICA | | ✓ | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| | CARGA DINÁMICA | ✓ | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | ✓ | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | ✓ | | |
| | RELACIONES HUMANAS | ✓ | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | ✓ | | |
| | DESLIZAMIENTOS | ✓ | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | ✓ | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | ✓ | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | ✓ | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | ✓ | | |
| | COLISIONES | ✓ | | |

ELABORO Sergio Navarrete REVISO

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Duvan Andres Hernandez Villa

**Fecha:** 25-07-2023 **Cargo:** Ayudante

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

a b y c son las que deben

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Oscar Guerrero / Sergio Navarrete.

**3- Señale los programas de Riesgo:**

X a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
X c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Costado Oriental del Colegio
- **Mecanismo de alarma:** 3 pitos

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro de energia



uso eficiente del agua



Reutilizar y Reciclar




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**

Casco

Mono gafas

Botas



tapa oidos

tapa bocas

guantes

**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Juan Uella.

**Firma del trabajador**

cc. 1006122822.

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 13<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>DOCUMENTO CONTROLADO | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

**Nombre del trabajador:** Duvan Andres Hernandez **Fecha** 23 | 02 | 23

**Cargo:** Ayudante **Área:**

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** Duvan Andres.

C.C: 1006122822

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| FECHA: | 250123 | TIEMPO | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | Ayudante | CONTRATO | SED |
| NOMBRE TRABAJADOR | Dilan Andres Hernandez U | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1006122822 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | ✓ | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | ✓ | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | ✓ | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | ✓ | | |
| | PRESIONES ANORMALES | | X | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | ✓ | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | X | |
| | LIQUIDOS | ✓ | | |
| | VAPORES Y GASES | ✓ | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | | X | |
| | EXPLOSIÓN | | X | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | ✓ | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | | X | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | X | |
| | BAJA TENSIÓN | | X | |
| | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| | CARGA DINÁMICA | ✓ | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | ✓ | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | ✓ | | |
| | RELACIONES HUMANAS | ✓ | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | ✓ | | |
| | DESLIZAMIENTOS | ✓ | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | ✓ | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | ✓ | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | | X | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | ✓ | | |
| | COLISIONES | ✓ | | |

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** _____ **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** JHON SILVA PEREZ

**Fecha:** 20-01-23 **Cargo:** AYUDANTE

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

a, b y c porque todos tenemos responsabilidad de salud en el trabajo

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: SERGIO NAVARRETE Y OSCAR GUERRERO

JEFERSON LOAIZA Y JUAN PORRAS

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
X. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
X. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** ESQUINA ORIENTAL COLEGIO
- **Mecanismo de alarma:** 3 PITOS

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

AHORRO DE ENERGIA



USO ADECUADO AGUA



RECICLAR Y REUTILIZAR




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

**Firma del trabajador**

cc. 79999 319

| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** JHON SILVA PEREZ **Fecha** DD 24 MM 01 AAAA 23

**Cargo:** AYUDANTE **Área:** CENTRO NUBES

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** _____

C.C: 79 999 319 BTA

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 24 ENERO 2023 | TIEMPO | |
| CARGO: | AYUDANTE | CONTRATO | SED |
| NOMBRE TRABAJADOR | JHON SILVA PEREZ | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 79999319 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | | ✓ | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | | ✓ | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | | ✓ | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | | ✓ | |
| | PRESIONES ANORMALES | | ✓ | |
| | ILUMINACIÓN | | ✓ | |
| | VENTILACIÓN | | ✓ | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | ✓ | |
| | LIQUIDOS | | ✓ | |
| | VAPORES Y GASES | ✓ | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | | ✓ | |
| | EXPLOSIÓN | | ✓ | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | ✓ | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | ✓ | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | ✓ | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | ✓ | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | ✓ | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | ✓ | |
| | BAJA TENSIÓN | | ✓ | |
| | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | ✓ | | |
| | CARGA DINÁMICA | | ✓ | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | ✓ | | |
| | CAIDAS A NIVEL | ✓ | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | ✓ | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | ✓ | | |
| | RELACIONES HUMANAS | ✓ | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | ✓ | | |
| | DESLIZAMIENTOS | ✓ | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | ✓ | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | ✓ | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | ✓ | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | ✓ | | |
| | COLISIONES | ✓ | | |

ELABORO JHON SILVA PEREZ REVISO

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Yefrey sneyder perez ortiz

**Fecha:** 24/01/2023 **Cargo:** Ayudante

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

A, B, C Todos tenemos una responsabilidad en el lugar de Trabajo.

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio navarrete, oscar gerrera, jeferson luis sarjuan pedreros

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
x. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
x. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

x. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
x. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
x. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
x. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

x. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Esquina oriental del colegio
- **Mecanismo de alarma:** 3 pitos

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

haoro de energia



uso efisiente del agua



resiclar y utilizar




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [X]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [X]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [X]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [X]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**

casco



tapa oidos

gafas

tapabocas

botas

guante



**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Yefrey sneyder perez ortiz
**Firma del trabajador**

cc. 1037602681

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** Yefrey Snejder Perez O. **Fecha** 29 | 8M | 2023

**Cargo:** Ayudante **Área:** Entre nuves

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** Yefrey Snejder Perez ortiz

C.C: 1057602681

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| FECHA: | 24 enero 2023 | TIEMPO | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | Ayudante | CONTRATO | S.E.d. |
| NOMBRE TRABAJADOR | Yefrey Sneyder Perez ortiz | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 7037692681 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | ✓ | | |
| | VIBRACION | | ✓ | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | | ✓ | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | | ✓ | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | ✓ | | |
| | PRESIONES ANORMALES | | ✓ | |
| | ILUMINACIÓN | ✓ | | |
| | VENTILACIÓN | | ✓ | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | | ✓ | |
| | LIQUIDOS | | ✓ | |
| | VAPORES Y GASES | | ✓ | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | | ✓ | |
| | EXPLOSIÓN | | ✓ | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | ✓ | | |
| | VIRUS - COVID-19 | ✓ | | |
| | HONGOS | | ✓ | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | | ✓ | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | | ✓ | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | | ✓ | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | | ✓ | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | | ✓ | |
| | BAJA TENSIÓN | | ✓ | |
| | CARGA ESTÁTICA | | ✓ | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | | ✓ | |
| | CARGA DINÁMICA | | ✓ | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | | ✓ | |
| | CAIDAS A NIVEL | | ✓ | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | | ✓ | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | | ✓ | |
| | RELACIONES HUMANAS | | ✓ | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | | ✓ | |
| | DESLIZAMIENTOS | | ✓ | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | | ✓ | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | | ✓ | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | | ✓ | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | | ✓ | |
| | COLISIONES | | ✓ | |

ELABORO Yefrey Sneyder ortiz

REVISO

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** WILSON SALAMANCA

**Fecha:** 01-07-2023 **Cargo:** OFICIAL

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: OSCAR GUERRERO JHON PEDREROS

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
X Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** N A
- **Punto de encuentro área Operativo:** COSTADO ORIENTAL DEL COLEGIO
- **Mecanismo de alarma:** 3 SILVATOS

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

AHORRO DE ENERGIA



AHORRO DE AGUA



REUTILIZA Y RECICLA




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

WILSON SALAMANCA
**Firma del trabajador**

cc. 1014178330

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** WILSON BALANOA **Fecha** DD 02 MM 07 AAAA 2022

**Cargo:** OFICIAL **Área:** _____

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | X | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | X | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | X | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | X | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | X | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | X | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | X | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | X | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | X | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | X | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | X | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | X | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | X | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | X | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** _____

C.C: 1014178330

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|---|---|
| FECHA: 01-02-23 | | TIEMPO | | |
| CARGO: OFICIAL | | CONTRATO | | |
| NOMBRE TRABAJADOR | WILSON SALAMANCA | | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1014178330 | | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Jose Steven Quintero Ramirez

**Fecha:** 01 02 2023 **Cargo:** Ayudante

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Uso de los elementos de Protección

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Oscar Guerrero y Jhon Pedreros

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
X. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
X. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** NA
- **Punto de encuentro área Operativo:** costado suroriental del colegio
- **Mecanismo de alarma:** Tres silvatos

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro de luz



Ahorro de agua



reutiliza y recicla




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Stevens Quintero
**Firma del trabajador**

cc. 1000 126 109

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 13<br>CÓDIGO: RH-F-001<br>DOCUMENTO CONTROLADO | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

**Nombre del trabajador:** Jose Stevens Quintero **Fecha** DD 02 MM 02 AAAA 23

**Cargo:** Ayudante **Área:** Operativa

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | X | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | X | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | X | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | X | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | X | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | X | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | X | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | X | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | X | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | X | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | X | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | X | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | X | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | X | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | X | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | X | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | X | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | X | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | X | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | X | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | X | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | X | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | X | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** Stevens Quintero

C.C: 1080 126 107

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

**Nombre:** _____

**Firma:** _____

**C.C:** _____

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Jesus. S Lopez Enriquez

**Fecha:** 31-01-23 **Cargo:** Oficial

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X e. Todas las anteriores. Too

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Utilizar los Elementos de Protección

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
d. a, b y c son correctas. X X Y
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Oscar Guerrero y Jhon Pedreros

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
X d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X e. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X a. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X b. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

X a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
b. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X e. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
X d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas. X

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** No Aplica
- **Punto de encuentro área Operativo:** Costado oriental del colegio
- **Mecanismo de alarma:** 3 silbatos

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro Luz



Ahorro de Agua



Reutilizar y Reciclar




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [X] V
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Firma del trabajador

cc. 1297315 Pasto

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| FECHA: | 31-01-23 | TIEMPO | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | Modelador | CONTRATO | |
| NOMBRE TRABAJADOR | Jesus Lopez | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 12473153 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA | | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | |
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO _____ REVISO Valentina Portilla

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** Jesus lopez Enrique **Fecha** DD 31 MM 01 AAAA 23

**Cargo:** Oficial **Área:** operativa

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** _____

C.C: 1293153

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Nota: Esta es una copia No Controlada de perfil de cargo

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Carlos Villa Ramirez

**Fecha:** 31/01/2023 **Cargo:** Ayudante practico

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
e. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

politica en seguridad vial y politica de elementos de proteccion personal explico: porque Aveces se nos olvida usar los elementos de proteccion

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
X. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
d. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: a, b y c Oscar Guevedo

Jhon prevedos

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
X. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
d. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
X Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
X Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
d. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
X Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

X Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
X Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
X A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
X Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** NA
- **Punto de encuentro área Operativo:** costado oriental del colegio
- **Mecanismo de alarma:** 3 silvatos

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorra Energia



Ahorra Agua



Reutilice y Reciclar




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental ☑
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores ☑
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. ☑
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. ☑

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Carlos Villa

**Firma del trabajador**

cc. 1033781411

| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** Cata Villa Ramírez **Fecha** DD MM AAAA

**Cargo:** Ayudante practicas **Área:** Colegio

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** Cata Villa Ramírez

C.C: 1033751411

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 0001 | | |
| CÓDIGO: HSEQ-F-193 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| FECHA: | 31/01/2023 | TIEMPO CONTRATO | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | Ayudante Electrico | | |
| NOMBRE TRABAJADOR | Carlos Villa Ramirez | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1037591919 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO Carlos Villa REVISO Valentina Portilla

Powered by CamScanner

# EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

**INDUCCIÓN** X **REINDUCCIÓN** _____

**Nombre del trabajador:** Carlos Armando Maporro

**Fecha:** 31-01-2023 **Cargo:** Ayudante de obra

**De acuerdo con la capacitación recibida marque con una X la respuesta correcta:**

**1-En PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. Existen las siguientes políticas:**

a. Política integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos.
b. Política de prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral.
c. Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal.
d. Política de contratación de proveedores, Política de Confidencialidad y Política de Relacionamiento con actores Sociales.
X. Todas las anteriores.

Indique la Política, con la que usted se identifica según sus funciones laborales y explíquela:

Uso obligatorio APP

**2- ¿Cuáles son las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST?**

a. Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados en la organización.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Oscar Guerrero y Jhon Padrinos

**3- Señale los programas de Riesgo:**

a. Programa de riesgo mecánico y Programa de Riesgo vial.
b. Procedimiento de permisos de trabajo.
c. Programa de trabajo seguro en alturas y Programa de Riesgo Eléctrico.
X. a y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Powered by CamScanner

**4- ¿Cuál de los siguientes programas de vigilancia epidemiológica (PVE) existen en nuestra compañía?**

a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
c. Programa de vigilancia epidemiológico Biomecánico y Programa de vigilancia epidemiológico Psicosocial.
d. Programa de vigilancia epidemiológico Prevención del Coronavirus.
X. Todas las Anteriores.

**5-Señale dos responsabilidades de los trabajadores en SSTA:**

X. Reportar los casi incidentes y accidentes de SSTA.
X. Usar los elementos de protección persona y cumplir los procedimientos de prácticas seguras.
c. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización.
e. Divulgar la metodología social en las áreas de interés.

**6. ¿Cuál es el procedimiento que debo seguir con los residuos sólidos según la Resolución No 2184 de 2019?**

a. Dejarlos en cualquier lugar de la Compañía.
X. Depositarlos en las canecas con los respectivos colores y para darle disposición final o asumir el del cliente donde estemos laborando.
c. Uso racional de bolsas plasticas.
d. Estableciendo el código de colores blanco, negro y verde para los contenedores de basura y bosas que se utilicen en la separación en la fuente.
e. Todas las anteriores.

**7. ¿Algunos de los objetivos del sistema SGI son?**

a. Disminuir los accidentes e incidentes de trabajo.
b. Establecer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de prevenir accidentes e incidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
c. Evitar los impactos socio ambientales y sociales.
d. Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los trabajadores.
X. a y d son correctas.

**8. ¿Accidente de trabajo es?**

X. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
b. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa a las personas.
c. Ninguna las anteriores.
X. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante.
e. Todas las anteriores.

Powered by CamScanner

**9. ¿Enfermedad Laboral es?:**

a. Se define como enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
b. Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.
c. Todo estado patológico permanente o parcial derivado de alguna clase de trabajo en la que se ha visto obligado a laborar durante años.
d. Ningunas de las anteriores.
e. Todas las anteriores.

**10- ¿Cuáles son los canales de comunicación internos y externos en nuestra Organización?**

a. Escritos, Orales, Teléfono, Whatsapp, Tecnológicos y Correo corporativo.
b. Emisor y Receptor.
c. Gerente y jefe inmediato.
d. Mecanismos de comunicación internos y externos
e. Ningunas de las anteriores.

**11. ¿Señale Actividades de Participación de los colaboradores en la Toma de Conciencia – Participación y Consulta?**

a. Identificación de los peligros, riesgos y minimización de los riesgos asociados a las actividades que realizan e identificación de aspectos e impactos ambientales.
b. Participación en capacitaciones y comités, Copasst, Comité de convivencia laboral y Seguridad Vial
c. Reporte de actos y condiciones inseguras, divulgación de accidentes, incidentes y lecciones aprendidas.
d. Ninguna de las anteriores.
e. A, b y c son correctas.

**12. Señale cuales son las medidas preventivas y de mitigación ante los cuidados del Covid-19.**

a. Lavarse las manos cada 3 horas durante la jornada laboral.
b. Seguir el protocolo que establece la organización.
c. Usar tapabocas, uso de alcohol y antibacterial.
d. Tomar distancia de 1 metro con los compañeros de trabajo.
e. Todas las anteriores.

**13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:**

- **Punto de encuentro área Administrativo:** no aplica
- **Punto de encuentro área Operativo:** costado oriental del colegio
- **Mecanismo de alarma:** tres silbato

Powered by CamScanner

**14.-Nombre cada una de las siguientes Imágenes, las cuales hacen parte del programa ambiental:**

Ahorro energia



ahorro deagua



reutilizar y reciclar




**15.-Señale si es falso o verdadero:**

- El derrame de sustancias químicas se considera una emergencia ambiental [V]
- El objetivo del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial es identificar, evaluar y controlar los factores de riesgos que se originan en el lugar de trabajo que pueden afectar la salud y seguridad de los colaboradores [V]
- Los riesgos Operativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Publico, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Alturas, Espacios Confinados, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Material Particulado, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, Gases y Vapores Vibraciones y Movimientos repetitivos. [V]
- Los riesgos Administrativos a los que estamos expuestos según nuestra actividad de trabajo son los siguientes: Manejo de Cargas, Eléctrico, Psicosocial, Biomecánico, Biológico, Químico, Físico, Locativo, Virus, Iluminación, Mordeduras, Ruido, Orden Público, Transito, Vial, Fenómenos Naturales, y Movimientos repetitivos. [V]

**16.- Coloca según corresponda el nombre del EPI (elemento de protección individual)**




**Calificación:** Cada punto vale 6,25 para un total de 100 puntos. _____

Carlos Armando Chaparro
**Firma del trabajador**

cc. 1.032.362.568

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 0001<br>CÓDIGO: HSEQ-F-193<br>DOCUMENTO CONTROLADO | NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: | 31-01-2023 | TIEMPO CONTRATO | |
| CARGO: | Organizador | | |
| NOMBRE TRABAJADOR | Carlos Chaparro | | |
| IDENTIFICACIÓN C.C. N° | 1.032762568 | | |

| CLASE DE RIESGO | RIESGO | APLICA SI | APLICA NO | FUENTE |
|---|---|---|---|---|
| FISICOS | RUIDO | X | | |
| | VIBRACION | X | | |
| | RADIACIONES IONIZANTES | X | | |
| | RADIACIONES NO IONIZANTES | X | | |
| | TEMPERATURAS EXTREMAS | X | | |
| | PRESIONES ANORMALES | X | | |
| | ILUMINACIÓN | X | | |
| | VENTILACIÓN | X | | |
| QUIMICOS | AEROSOLES SOLIDOS | X | | |
| | LIQUIDOS | X | | |
| | VAPORES Y GASES | X | | |
| FISICO QUÍMICOS | INCENDIO | X | | |
| | EXPLOSIÓN | X | | |
| BIOLÓGICOS | BACTERIAS | X | | |
| | VIRUS - COVID-19 | X | | |
| | HONGOS | X | | |
| MECÁNICOS | HERRAMIENTAS MANUALES | X | | |
| | EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN | X | | |
| | MANIPULACIÓN DE MATERIALES | X | | |
| | MECANISMOS EN MOVIMIENTO | X | | |
| ELÉCTRICOS | ALTA Y MEDIA TENSIÓN | X | | |
| | BAJA TENSIÓN | X | | |
| | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| ERGONOMICOS | CARGA ESTÁTICA | X | | |
| | CARGA DINÁMICA | X | | |
| LOCATIVOS | ORDEN Y ASEO | X | | |
| | CAIDAS A NIVEL | X | | |
| | CAIDAS A DIFERENTE NIVEL | X | | |
| PSICOLABORALES | CONTENIDO DE LA TAREA | X | | |
| | RELACIONES HUMANAS | X | | |
| NATURALES | TERREMOTOS O SISMOS | X | | |
| | DESLIZAMIENTOS | X | | |
| DE ORIGEN SOCIAL | ATENTADOS | X | | |
| | ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD | X | | |
| | HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES | X | | |
| TRANSITO | ATROPELLAMIENTOS | X | | |
| | COLISIONES | X | | |

ELABORO _____ REVISO Valentina Portilla

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 1 | INDUCCION DE PERSONAL Y REINDUCCION | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 13 | | |
| CÓDIGO: RH-F-001 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

**Nombre del trabajador:** Carlos Armando chaparro. **Fecha** DD 31 | MM 01 | AAAA 23

**Cargo:** ornamentador **Área:** operativa

Este formato se diligencia para dejar constancia de que el trabajador que lo firma recibió inducción y/o reinducción sobre los siguientes temas:

| ÍTEM | ACTIVIDAD | SI | NO | N.A. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Misión y Visión– Estructura Organizacional (Mapa de Procesos y Organigrama). | ✓ | | |
| 2 | Política Integrada de HSEQ y Política transparencia y derechos humanos. | ✓ | | |
| 3 | Política de Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas y Política de Acoso Laboral. | ✓ | | |
| 4 | Política de Seguridad Vial y Política de Elementos de Protección Personal. | ✓ | | |
| 5 | Política de Contratación de proveedores, Política de Confidencialidad. | ✓ | | |
| 6 | Política de Elementos de Protección Personal y Política de Contratación de Proveedores. | ✓ | | |
| 7 | Política de Relacionamiento de Actores Sociales. | ✓ | | |
| 8 | Divulgación del Reglamento de Higiene y Seguridad y Reglamento Interno de trabajo. | ✓ | | |
| 9 | Socialización de Funciones, Roles y Responsabilidades del Cargo (Perfil de cargo). | ✓ | | |
| 10 | Divulgación del Horario de trabajo y Horas Extras. | ✓ | | |
| 11 | Socialización de Actividades Programadas de SSTA. | ✓ | | |
| 12 | Presentación de Equipo de Trabajo y Conducto Regular de Comunicaciones. | ✓ | | |
| 13 | Socialización del Mantenimiento, uso y reposición de los E.P.P | ✓ | | |
| 14 | Integrantes y Funciones del COPASST y Comité de Convivencia Laboral. | ✓ | | |
| 15 | Divulgación del Plan de emergencia (Alarma de P.A, Rutas de evacuación, Punto de encuentro, Ubicación de los extintores, Brigadistas, Teléfonos de emergencia) | ✓ | | |
| 16 | Que hacer en caso de Incidente o Accidente. | ✓ | | |
| 17 | Identificación de peligros - Riesgos prioritarios y Aspectos e Impactos ambientales. | ✓ | | |
| 18 | Reporte de actos y condiciones inseguras. | ✓ | | |
| 19 | Actividades de toma de conciencia – participación-consulta y grupos de interés | ✓ | | |
| 20 | Socialización de los Canales de comunicación. | ✓ | | |
| 21 | Divulgación de Programas de Riesgo y sus actividades. (Mecánico, Alturas, Eléctrico, Químico, Vial). | ✓ | | |
| 22 | Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19 | ✓ | | |
| 23 | Decálogo de Compromiso con la vida | ✓ | | X |

Certifico que he recibido la inducción y soy responsable de la aplicación y cumplimiento de las políticas, funciones y responsabilidades en HSEQ correspondiente al cargo.

**Firma del Trabajador:** Carlos chaparro.

**C.C:** 1032 362 568

**Nombre del funcionario que impartió la inducción:**

**Nombre:** _____

**Firma:** _____

**C.C:** _____

Powered by CamScanner

# Anexo SST-14 - Exámenes médicos Contratista

# Dr EDGAR FERNEL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional

EVALUACION OCUPACIONAL RSSO: 2575453206 LIC. Salud Ocupacional RESOL N° 222/12/2006 - RES N°13 RESOL 0312/2019 CARRERA 6 # 104-15

SOACHA- SAN LUIS TELEFONOS: 8436423 - 3003812765 edgarfernelrojas@gmail.com

Consecutivo: 176

**Nombre:** MARCO ALFONSO MANRIQUE OROZCO

**Identificacion:** CC 12630396

SCANEAR



**Empresa:** CARLOS GUTIERREZ NIT 79209739-0

**Cargo a desempeñar** AUXILIAR DE OBRA

**Edad:** 47 años y 10 meses. Fecha nacimiento: 11/03/1975

**Examen para:** INGRESO **Fecha Valoración:** martes 24 de enero de 2023

## CONCEPTO DE APTITUD PARA LABORAR

| | |
|---|---|
| Concepto de Aptitud: | APTA(O): Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: AUXILIAR DE OBRA |
| Tipo de cargo: | OPERATIVO |
| Apoyo diagnóstico: | AGUDEZA VISUAL |

## RECOMENDACIONES

pausas activas/utilizar EPP/ Estilos de vida saludable/ No exceder la jornada laboral/ Higiene postural.

de Corrección Optica para Laborar.

de protección auditiva.

nas practicas mecanicas para la manipulación, elevación, carga y descarga de pesos superiores a 25

## ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS

FIRMA DEL EVALUADO

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

NIT: 830.013.874-4

Código de prestador de servicios de la salud No.1100134599
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Nro. 82450

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA : 20/01/2023 HORA:9:10** | | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** | |
| NOMBRES: JUSTO OYOLA | | DOCUMENTO: 14228112 | EDAD: 64 GENERO: M |
| Empresa: CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ | | Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION | Tel: 3209942380 |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | Si | | Respiratorio | Si | |
| Espirometria | NA | | Dermatologia | Si | |
| Audiometria | NA | | Osteomuscular | Si | |
| Visiometria | NA | | Cardiovascular | Si | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicología Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Uñas | NA | |
| Triglicéridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Apto Para Trabajos en Alturas** | NA | **Apto Para Trabajos en espacios Confinados** | | | NA |
| **Apto Para el cargo sin Restricciones** | | | Si | **Aplazado** | NA |
| **Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo** | | | NA | **No Apto Para Este Cargo** | NA |
| **Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel** | | | NA | | |
| **Examen PERIODICO Satisfactorio** | NA | **Examen de EGRESO Satisfactorio** | | | NA |

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | Si | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| Pausas Activas | Si | Control Optometrico Periodico | NA | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | Si | Uso de Lentes Permanentes | NA | Valoración y Manejo en IPS | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | Si | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Fisico | NA |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | NA | Control Médico Ocupacional Anual | NA |
| | | | | | NA |

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

**He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.**

| | | |
|---|---|---|
| CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO<br>LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19<br>Medico Especialista en Salud Ocupacional | Firma Trabajador<br>C.C. No | 2058 |

Dr. Camilo Velasquez Velasco
Medico Laboral
R.M. 4587
Res. 7058 de 16/08/2019

Clinisur IPS Ltda.

NIT. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

34

NÚMERO
0000388958

## CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ FECHA 17/01/2023 07:25:55

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

**NOMBRE Y APELLIDO:** ADEMIR ANGULO ORELLANO C.C 79692771

**EDAD** 50 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | [x] | Exámenes de laboratorio | SI [x] NO [ ] |
| Visiometria | [x] | Glic [x] Col [x] | Trigli [x] Otros [ ] |
| Optometria | [ ] | ¿Cuáles? | |
| Audiometria | [x] | | |
| Espirometria | [ ] | Énfasis Osteomuscular | [x] |
| | | Otros | [ ] |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO [x]
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO [ ]

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | [ ] | [x] | [ ] |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | [ ] | [ ] | [x] |

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA - ORTOPTICA EPS / USO DE LENTES PARA VISION CERCANA
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 28 DE ABRIL DEL 2022

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] ¿Cuál?

Ademir Angulo O

FIRMA DEL PACIENTE

Huella Dactilar

Medico Especialista
Salud Ocupacional

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000394671**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 01/02/2023 16:46:38

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** JEAN PAUL RIVEROS RODRIGUEZ **C.C** 1023366448

**EDAD** 18 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ | NO ☐ | | | |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ | Col ☑ | Trigli ☑ | Otros ☐ | | |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | | | | | |
| Audiometría | ☑ | | | | | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ | | | | |
| | | Otros | ☐ | | | | |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☑ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Jean Paul R

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Didier J. Rincón Castro
Medico Cirujano C.C. 79.687.876
Medico Laboral
Lic. Ocup. RES 11.294/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 39.223**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS**

**Nombre Empresa**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Documento de Identificación | | Fecha de Nacimiento | Edad | RH |
|---|---|---|---|---|---|
| **CHAVEZ YAÑEZ CESAR AUGUSTO** | CC (Tipo) | 79925284 (Número) | 12/04/1982 | 40 AÑOS | A + |

| Nivel Educativo | Genero | Estado Civil |
|---|---|---|
| SECUNDARIA | MASCULINO | UNIÓN LIBRE |

| Cargo | Fecha y Hora de Ingreso | Fecha y Hora de Salida |
|---|---|---|
| **MAESTRO** | **17/01/2023 07:06:28 a.m.** | |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:** | **SI** |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRÍA | ✓ | EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS | ✓ |
| VISIOMETRÍA | ✓ | COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | CONTROL DE PESO |
| VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL, OPTOMETRIA | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR CUMPLE CON LAS CONDICIONES DE SALUD PARA DESARROLLAR TRABAJO EN ALTURAS, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. ACEPTACION DE LA LEY 1581 HABEAS DATA. CONCENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO, LABORATORIOS CON HIPERLIPEMIA MIXTA, SE RMEITE A EPS PARA CONTROL Y MANEJO POR MEDICINA GENERAL. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

**R. M.:** 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

**Código de Seguridad**
**M136S1Y39223**

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**



**Nombre:** CHAVEZ YAÑEZ CESAR AUGUSTO

**CC:** 79925284

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 39.519**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS**

**Nombre Empresa**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Documento de Identificación | | Fecha de Nacimiento | Edad | RH |
|---|---|---|---|---|---|
| **HENAO GALVIS EDWIN JOSE** | CC (Tipo) | 1077871727 (Número) | 16/02/1996 | 26 AÑOS | A + |

| Nivel Educativo | Genero | Estado Civil |
|---|---|---|
| TÉCNICO | MASCULINO | UNIÓN LIBRE |

| Cargo | Fecha y Hora de Ingreso | Fecha y Hora de Salida |
|---|---|---|
| **AYUDANTE** | **21/01/2023 08:28:39 a.m.** | **21/01/2023 09:20:37 a.m.** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

| **NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos):** | **N/A** |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | AGUDEZA VISUAL ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL FISICO NORMAL, SIN SINTOMAS A NIVEL RESPIRATORIO. PARACLINICOS NORMALES. APTO PARA TRABAJAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

**R. M.:** 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

**Código de Seguridad** X136D1J39519

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** HENAO GALVIS EDWIN JOSE

**CC:** 1077871727



SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 39.515**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO** |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS**

**Nombre Empresa**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Documento de Identificación | | Fecha de Nacimiento | Edad | RH |
|---|---|---|---|---|---|
| **GOMEZ GOMEZ ISIDRO ANTONIO** | CC (Tipo) | 19353005 (Número) | 24/12/1958 | 64 AÑOS | O + |

| Nivel Educativo | Genero | Estado Civil |
|---|---|---|
| PRIMARIA | MASCULINO | CASADO(A) |

| Cargo | Fecha y Hora de Ingreso | Fecha y Hora de Salida |
|---|---|---|
| **AYUDANTE** | **21/01/2023 06:59:16 a.m.** | **21/01/2023 08:59:29 a.m.** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

**NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos):** **N/A**

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | AGUDEZA VISUAL ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HÁBITOS SALUDABLES |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | | CONTROL DE PESO |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | HACER DEPORTE |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL FISICO NORMAL, SIN SINTOMAS A NIVEL RESPIRATORIO. PARACLINICOS PRESENTA AMETROPIA NO CORREGIDA, SE REMITE A EPS PARA VALORACION POR OPTOMETRIA. APTO PARA TRABAJAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## Médico




**Firma:**

**Nombre:** OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

**R. M.:** 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

**Código de Seguridad** D136J1P39515

## Aspirante o Trabajador

**Firma:**

**Nombre:** GOMEZ GOMEZ ISIDRO ANTONIO

**CC:** 19353005



SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 39.518**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS**

**Nombre Empresa**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Documento de Identificación | | Fecha de Nacimiento | Edad | RH |
|---|---|---|---|---|---|
| CRUZ CASTRO JHOAN SEBASTIAN | CC (Tipo) | 1014269049 (Número) | 25/07/1995 | 27 AÑOS | O + |

| Nivel Educativo | Genero | Estado Civil |
|---|---|---|
| PRIMARIA | MASCULINO | UNIÓN LIBRE |

| Cargo | Fecha y Hora de Ingreso | Fecha y Hora de Salida |
|---|---|---|
| **AYUDANTE** | **21/01/2023 08:08:53 a.m.** | **21/01/2023 09:17:22 a.m.** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

**NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos):** **N/A**

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | AGUDEZA VISUAL ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA, MEDICINA GENERAL | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL FISICO PRESENTA VARICOCELE IZQUIERDO, SE REMITE A EPS PARA VALORACION POR MEDICINA GENERAL. SIN SINTOMAS A NIVEL RESPIRATORIO. PARACLINICOS PRESENTA AMETROPIA NO CORREGIDA, SE REMITE A EPS PARA VALORACION POR OPTOMETRIA. APTO PARA TRABAJAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## Médico




**Firma:**

**Nombre:** OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

**R. M.:** 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

**Código de Seguridad** B136H1N39518

## Aspirante o Trabajador

**Firma:**

**Nombre:** CRUZ CASTRO JHOAN SEBASTIAN

**CC:** 1014269049



SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 39.500**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 | 01 | 2023 | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) | **EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO** |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS**

**Nombre Empresa**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Documento de Identidad | | Fecha Nacimiento | Edad | RH |
|---|---|---|---|---|---|
| **GARCIA SANABRIA JIMMY GERARDO** | CC | 80114333 | 12/08/1981 | 41 AÑOS | O + |

| Cargo | Género | Estado Civil |
|---|---|---|
| TECNÓLOGO | MASCULINO | SOLTERO(A) |

| | | |
|---|---|---|
| **OFICIAL** | **21/01/2023 07:29:51 a.m.** | **21/01/2023 09:24:20 a.m.** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:** | **APLAZADO** |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRÍA | ✓ | | ✓ |
| VISIOMETRÍA | ✓ | COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES DE SALUD PARA DESARROLLAR TRABAJO EN ALTURAS, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009, EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO Y PULMONAR NORMAL, PARACLINICOS PRESENTA HIPOACUSIA BILATERAL, SEGUIMIENTO POR ORL DE SU EPS, VALORACIÓN POR AUDIOLOGIA PARA TOMAR CONDUCTA. LABORATORIOS PRESENTA HIPERLIPIDEMIA MIXTA. SE REMITE A EPS DE MANERA PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA. APLAZADO PARA TRABAJAR EN ALTURAS POR LABORATORIOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## Médico




**Firma:**

**Nombre:** OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

**R. M.:** 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

**Código de Seguridad**
A136G1M39500

## Aspirante o Trabajador



**Firma:**



**Nombre:** GARCIA SANABRIA JIMMY GERARDO

**CC:** 80114333

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 39.514**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO** |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS**

**Nombre Empresa**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Documento de Identificación | | Fecha de Nacimiento | Edad | RH |
|---|---|---|---|---|---|
| **GARCI ROMEL ORLANDO** | CC (Tipo) | 79651166 (Número) | 23/01/1972 | 51 AÑOS | O - |

| Nivel Educativo | Genero | Estado Civil |
|---|---|---|
| SIN ESTUDIO | MASCULINO | UNIÓN LIBRE |

| Cargo | Fecha y Hora de Ingreso | Fecha y Hora de Salida |
|---|---|---|
| **AYUDANTE** | **21/01/2023 07:37:36 a.m.** | **21/01/2023 09:10:59 a.m.** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

| **NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos):** | **N/A** |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | AGUDEZA VISUAL ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL FISICO NORMAL, SIN SINTOMAS A NIVEL RESPIRATORIO. PARACLINICOS PRESENTA AMETROPIA NO CORREGIDA, SE REMITE A EPS PARA VALORACION POR OPTOMETRIA. APTO PARA TRABAJAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

**R. M.:** 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

**Código de Seguridad** D136J1P39514

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** GARCI ROMEL ORLANDO

**CC:** 79651166



CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000377894**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 21/11/2022 11:38:18

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** IVAN ORLANDO RAMIREZ ALVAREZ **C.C** 1024579272

**EDAD** 26 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE DRYWALL



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ | NO ☐ | | | |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ | Col ☑ | Trigli ☑ | Otros ☐ | | |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | | | | | |
| Audiometría | ☑ | | | | | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ | | | | |
| | | Otros | ☐ | | | | |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☑ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL MEDICO DE RUTINA - ORTOPTICA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Ivan Ramirez

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 39,190**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 14 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABOR ARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS**

Nombre Empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Documento de Identificación | | Fecha de Nacimiento | Edad | RH |
|---|---|---|---|---|---|
| **BERNAL BENAVIDES CARLOS ALBERTO** | CC (Tipo) | 80762173 (Número) | 01/11/1982 | 40 AÑOS | O + |

| Nivel Educativo | Genero | Estado Civil |
|---|---|---|
| SECUNDARIA | MASCULINO | UNIÓN LIBRE |

| Cargo | Fecha y Hora de Ingreso | Fecha y Hora de Salida |
|---|---|---|
| **OPERARIO** | **14/01/2023 07:21:39 a.m.** | **14/01/2023 08:27:54 a.m.** |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:** **SI**

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRÍA | ✓ | EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS | ✓ |
| VISIOMETRÍA | ✓ | COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | CONTROL DE PESO |
| VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL | SVE AUDITIVO | HACER DEPORTE |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES DE SALUD PARA DESARROLLAR TRABAJO EN ALTURAS, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009, EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO Y PULMONAR NORMAL, PARACLINICOS NORMALES. LABORATORIOS PRESENTA HIPERLIPIDEMIA MIXTA. SE REMITE A EPS PARA VALORACION Y TRATAMIENTO. APLAZADO PARA TRABAJAR EN ALTURAS POR LABORATORIOS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma: Dr. Oscar Jair Ospina Ortiz
Lic. 6779 S.D.S.
Médico Cirujano General
Especialista en Medicina Laboral
y Salud Ocupacional

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 L.S.O.: 6779 DE 09/02/2021

**Código de Seguridad**
C136I1O39190

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Carlos Berna



Nombre: BERNAL BENAVIDES CARLOS ALBERTO

CC: 80762173

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000385916**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 07/01/2023 15:04:32

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** JAIME ALFONSO ZAPATA JARAMILLO **C.C** 1019006887

**EDAD** 36 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ | NO ☐ | | | |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ | Col ☑ | Trigli ☑ | Otros ☐ | | |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | | | | | |
| Audiometría | ☑ | | | | | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ | | | | |
| | | Otros | ☐ | | | | |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☑ | ☐ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES
ALTURAS / ALTERACION VISUAL

RECOMENDACIONES
VALORACION OFTAMOLOGIA /
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Avila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000385904**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 07/01/2023 15:01:49

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** CRISTIAN DAVID TABORDA JARAMILLO **C.C** 1024594488

**EDAD** 24 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ | NO ☐ | | | |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ | Col ☑ | Trigli ☑ | Otros ☐ | | |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | | | | | |
| Audiometría | ☑ | | | | | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ | | | | |
| | | Otros | ☐ | | | | |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☑ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
USO DE LENTES PARA LABORAR / CONTROL OPTOMETRIA EPS
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACION: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Didier J. Rincón Castro
Medico Cirujano C.C. 79.687.876
Medico Laboral
Lic. Ocup. RES 11.294/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000393637**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 28/01/2023 14:08:40

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** JHON EIDER OSPINA VERGARA **C.C** 1033791377

**EDAD** 26 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ | NO ☐ | | | |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ | Col ☑ | Trigli ☑ | Otros ☐ | | |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | | | | | |
| Audiometría | ☑ | | | | | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ | | | | |
| | | Otros | ☐ | | | | |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☑ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES
NINGUNA

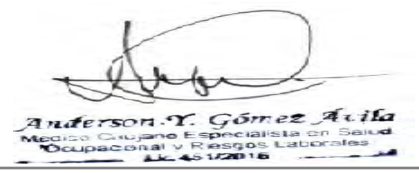
RECOMENDACIONES
USO DE MEDIAS ANTIVARICE/
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica




FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000393773**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/01/2023 15:25:59

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** BRAYAN STID FANDIÑO RODRIGUEZ **C.C** 1010188178

**EDAD** 23 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** REMATADOR



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ NO ☐ |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐ | |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | |
| Audiometría | ☑ | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ |
| | | Otros | ☐ |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☑ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Brayan Rodrigues

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000390622**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 20/01/2023 12:10:20

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** MARYURY CAROLINA RIVERA VELASQUEZ **C.C** 1090441631

**EDAD** 31 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** RESIDENTE DE OBRA



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ | NO ☐ | | |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ | Col ☑ | Trigli ☑ | Otros ☐ |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | | | |
| Audiometría | ☑ | | | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ | | |
| | | Otros | ☐ | | |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☑ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL POR NEUROLOGIA Y ORTOPEDIA EPS
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE


Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Avila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000393880**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/01/2023 16:30:42

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** JHON DEIVER MENDOZA PLAZAS **C.C** 1022983470

**EDAD** 30 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ | NO ☐ | | | |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ | Col ☑ | Trigli ☑ | Otros ☐ | | |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | | | | | |
| Audiometría | ☑ | | | | | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ | | | | |
| | | Otros | ☐ | | | | |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☑ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACION: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Didier J. Rincón Castro
Medico Cirujano C.C. 79.687.876
Medico Laboral
Lic. Ocup. RES 11.294/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.**
NIT.900.889.250-5
**Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06**
**SUR. Barrió Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301**
**5473361**

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19166

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 02 DIA | 02 MES | 2023 AÑO | BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | NIT |
|---|---|
| D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S | 901653885 |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| DANIEL FERNANDO ORTIZ SALAMANCA | MASCULINO | 33 AÑOS | CC (Tipo) | 1014204834 (Número) |

Cargo: GERENTE GENERAL

CONCEPTO: APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Observaciones: NINGUNA

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA | |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) | ✓ | PERFIL LIPÍDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | GLICEMIA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACION EN EJECUCION SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
8. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Médico | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma: | Firma: |
| Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | Nombre DANIEL FERNANDO ORTIZ SALAMANCA |
| R. M.: 1798-1990 L.S.O.: 2552 SST. | CC: 1.014.204.834 |



Powered by CamScanner

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.**
NIT.900.889.250-5
**Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06**
**SUR. Barrió Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301**
**5473361**

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19196

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 02 DIA | 02 MES | 2023 AÑO | BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | NIT |
|---|---|
| D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION SAS | 901653885 |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| JERSON ALEXANDER VILLALBA GUARNIZO | MASCULINO | 24 AÑOS | CC (Tipo) | 1075629643 (Número) |

Cargo: AYUDANTE

CONCEPTO: APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Observaciones: NINGUNA

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA | |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) | ✓ | PERFIL LIPÍDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | GLICEMIA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | | |

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
8. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Médico | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma: | Firma: Jerson Villalba G |
| Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | Nombre JERSON ALEXANDER VILLALBA GUARNIZO |
| R. M.: 1798-1990 L.S.O.: 2552 SST. | CC: 1.075.629.643 |



Powered by CamScanner

# CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO EN ALTURAS

NIT.900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrió Kennedy Central.
Teléfono: 3828143-301 5473361

FECHA DE REALIZACION: 24/ENERO/2023

INFORMACION GENERAL

NOMBRE: HECTOR LIBARDO DUCUARA BEDOYA
DOCUMENTO: 80437757
DIRECCION: CL 78 SUR 16F 44
EPS: COMPENSAR
ARL: SURA
TEL: 3194219931
CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

INFORMACION DE LA EMPRESA

EMPRESA: D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION
NIT: 901653885-1

**"La información se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia"**

APOYO DIAGNOSTICO:

*AUDIOMETRIA* VISIOMETRIA* OSTEOMUSCULAR* PERFIL LIPIDICO



RECOMENDACIONES GENERALES:

- Utilizar elementos de protección personal según exposición a factores de riesgo laborales hábitos y estilos de vida saludable
- No exceeder la jornada laboral
- Realizar actividad física mínimo 30 minutos diario

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO EN ALTURAS & ESPACIOS CONFINADOS

Dra. Alix Johana Rojas
Medico Especialista
En Salud Ocupacional
Lic. 4951

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador y/o aspirante la cual tiene carácter de confidencialidad y su manejo está regulado por las resoluciones 2346/2007 - 1918/1995 y 1715/2005 del MPS evaluaciones medicas ocupacionales RES. 2346 (articulo 4) parágrafo. El médico debe respetar la reserva de la historia clínica ocupacional y solo remitiera al empleador el certificado medico

Resolución 37 Del 2013.Secretaria De Salud. Licencia De Salud Ocupacional

Powered by CamScanner

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.**
NIT.900.889.250-5
**Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06**
**SUR. Barrió Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301**
**5473361**

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19165

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 02 DIA | 02 MES | 2023 AÑO | BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | NIT |
|---|---|
| D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S | 901653885 |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| JOSE DOMINGO PARRA RAMIREZ | MASCULINO | 38 AÑOS | CC (Tipo) | 3125421 (Numero) |

Cargo

OFICIAL DE CONSTRUCCION

CONCEPTO

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Observaciones:

NINGUNA

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA | |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) | ✓ | PERFIL LIPÍDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | GLICEMIA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACION EN EJECUCION SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
8. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Médico | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma: | Firma: |
| Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | Nombre JOSE DOMINGO PARRA RAMIREZ |
| R. M.: 1798-1990 L.S.O.: 2552 SST. | CC: 3.125.421 |



Powered by CamScanner

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.**
NIT.900.889.250-5
**Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06**
**SUR. Barrió Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301**
**5473361**

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19187

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 02 DIA | 02 MES | 2023 AÑO | BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | NIT |
|---|---|
| D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION | 901653885 |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| MAURICIO CAMACHO REYES | MASCULINO | 38 AÑOS | Tipo: CC | Número: 79211765 |

Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

CONCEPTO: APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Observaciones:

NINGUNA

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) ✓ | PERFIL LIPÍDICO ✓ |
| OPTOMETRÍA ✓ | GLICEMIA ✓ |
| AUDIOMETRÍA ✓ | |
| | ---------- |

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
8. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Médico | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma: | Firma: |
| Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | Nombre MAURICIO CAMACHO REYES |
| R. M.: 1798-1990 L.S.O.: 2552 SST. | CC: 79.211.765 |



Powered by CamScanner

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000395658**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 04/02/2023 15:28:31

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** BRAYAN ALEJANDRO CARDOZO LEIVA **C.C** 1001272517

**EDAD** 20 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** PINTOR



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ | NO ☐ | | | |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ | Col ☑ | Trigli ☑ | Otros ☐ | | |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | | | | | |
| Audiometría | ☑ | | | | | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ | | | | |
| | | Otros | ☐ | | | | |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☑ | ☐ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES

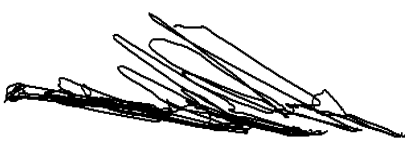
ALTURAS / ALTERACION VISUAL
REQUIERE NUEVA VALORACION POR OPTOMETRIA CON CORRECCION OPTICA ADECUADA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?



FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT. 830 .062.334 – 1

| FECHA | BOGOTA, MARZO 19 DE 2022 | | EMPRESA | | SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE EXAMEN | INGRESO | X | PERIODICO | | EGRESO | POSINCAPACIDAD |

| DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE Y APELLIDOS | SERGIO NAVARRETE BOLIVAR | | | IDENTIFICACIÓN | 1.000.778.186 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | GENERO | RH | CARGO |
| BOGOTA ( CUNDINAMARCA ) | 17 - ABRIL - 2.003 | 18 AÑOS | M | O (POSITIVO) | AYUDANTE |

| EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS |
|---|
| MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR : SANO CLINICO |
| AUDIOMETRIA |
| VISIOMETRIA |
| LABORATORIO CLINICO: PERFIL LIPIDICO – GLICEMIA-CH |

| CONCEPTO MÉDICO LABORAL | | | |
|---|---|---|---|
| APTO SIN RESTRICIONES | X | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | X |
| APTO CON RESTRINCCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU CAPACIDAD LABORAL | | EGRESO SATISFACTORIO | |
| RESTRICCIONES ENCONTRADAS | NINGUNA | | |

| RECOMENDACIONES | | | |
|---|---|---|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | X | REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA | X |
| USO DE LENTES SEGÚN NECESIDAD | | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS | X |
| USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL | |
| ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA | |
| LEVANTAR CARGAS INFERIORES A | 25Kg | CONTROL POR EPS DE TENSION ARTERIAL | |
| USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN | | DIETA BALANCEADA | X |
| REMISION ESPECIALISTA EPS | OPTOMETRIA | | |
| OTRAS RECOMENDACIONES | CONTROL PERIODICO | | |

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 4886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O

Sergio Navarrete

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

CLINISUR IPS 1 LTDA

*900148264*

**NÚMERO**
**0000395698**

Régimen : RÉGIMEN

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: STOR CONSTRUCCIONES SAS FECHA 04/02/2023 15:43:49

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

**NOMBRE Y APELLIDO:** JOHAN STIVEN RUIZ NEMOJON **C.C** 1000782157

**EDAD** 22 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** PINTOR



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ NO ☐ |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐ | |
| Optometría | ☐ | **¿Cuáles?** | |
| Audiometría | ☑ | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ |
| | | Otros | ☐ |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☑ | ☐ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE




Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT: 830.062.334 – 1

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA** | BOGOTA, 07 DE JULIO 2022 | | | **EMPRESA** | | SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S | | |
| **TIPO DE EXAMEN** | INGRESO | X | PERIODICO | | EGRESO | | POSINCAPACIDAD | |

**DATOS DEL TRABAJADOR**

| **NOMBRE Y APELLIDOS** | JESUS SIMEON LOPEZ ENRRIQUEZ | | | **IDENTIFICACIÓN** | 12973753 |
|---|---|---|---|---|---|
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **EDAD** | **GENERO** | **RH** | **CARGO** |
| LA FLORIDA NARIÑO | 05– OCTUBRE -1959 | 63 AÑOS | M | A (POSITIVO) | OFICIAL DE CONSTRUCCION |

**EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS**

| |
|---|
| MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR : SANO CLINICO |
| AUDIOMETRIA : NORMAL |
| VISIOMETRIA : NORMAL |
| LABORATORIO CLINICO: CH – GLICEMIA -PERFIL LIPIDICO |

| **CONCEPTO MÉDICO LABORAL** | | | |
|---|---|---|---|
| APTO SIN RESTRICIONES | X | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | X |
| APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR | | NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | |
| RESTRICCIONES ENCONTRADAS | | | |

| **RECOMENDACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | X | REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA | X |
| USO DE RX O LENTES SEGÚN NECESIDAD | | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS | X |
| USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL | |
| ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA | |
| LEVANTAR CARGAS INFERIORES A | 25Kg | CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL | |
| USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN | | DIETA BALANCEADA | X |
| REMISION ESPECIALISTA EPS | | | |
| OTRAS RECOMENDACIONES | CONTROL PERIODICO | | |

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 4886
Especialista en Salud Ocupacional U.I.T.
Resol. 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Jesus lopez

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT: 830.062.334 - 1

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA** | BOGOTA, 19 DE ABRIL 2022 | | | **EMPRESA** | | SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S | |
| **TIPO DE EXAMEN** | INGRESO | X | PERIODICO | | EGRESO | POSINCAPACIDAD | |

| **DATOS DEL TRABAJADOR** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | WILSON IGNACIO SALAMANCA GONZALEZ | | | **IDENTIFICACIÓN** | 1.014.178.330 |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **EDAD** | **GENERO** | **RH** | **CARGO** |
| BOGOTA (CUNDINAMARCA) | 01 – MAYO - 1.984 | 37 AÑOS | M | O (POSITIVO) | OFICIAL |

| **EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS** |
|---|
| MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR : SANO CLINICO |
| AUDIOMETRIA |
| VISIOMETRIA |
| LABORATORIO CLINICO:CH- PERFIL LIPIDICO - GLICEMIA |

| **CONCEPTO MÉDICO LABORAL** | | | |
|---|---|---|---|
| APTO SIN RESTRICIONES | X | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | X |
| APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR | | APTO PARA CONDUCIR | |
| RESTRICCIONES ENCONTRADAS | NINGUNA | | |

| **RECOMENDACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | X | REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA | X |
| USO DE RX O LENTES SEGÚN NECESIDAD | | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS | X |
| USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL | |
| ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA | |
| LEVANTAR CARGAS INFERIORES A | 25Kg | CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL | |
| USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN | | DIETA BALANCEADA | |
| REMISION ESPECIALISTA EPS | | | |
| OTRAS RECOMENDACIONES | CONTROL PERIODICO | | |

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 1886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 134 Secretaría de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O

Wilson Salamanca

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

IPS SERMEDI SERVICIOS MEDICOS SAS
NIT. 901396095-7
Calle 62 SUR 44 A 15 BOGOTÁ
Cel. 3024520757 - Tel. 4824440 - E-mail. sermedi.serviciosmedicos@gmail.com
www.ipssermedi.com.co



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.939

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 19 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S | SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| HERNANDEZ VILLA DUVAN ANDRES | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 20 AÑOS 10 MESES 24 DÍAS | CC | 1006122822 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**AYUDANTE DE CONSTRUCCION**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RESTRICCIONES**

Observaciones: *NO APLICA*

| APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | NO FUMAR |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Dr. Oscar Jair Ospina
RM 17223 Ministerio de Salud
IPS SERMEDI Sociedad Limitada de Salud
Resolución 11200 Bogotá Extranjero 2015

Firma:

**Nombre:** OSPINA ORTIZ JAIR

**R. M.:** 17223 **L.S.O.:** 11200

**Código de Seguridad**
O1255U1A2939

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Duvan Villa

**Nombre:** HERNANDEZ VILLA DUVAN ANDRES

**CC:** 1006122822

IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

**IPS SERMEDI SERVICIOS MEDICOS SAS**
NIT. 901396095-7
Calle 62 SUR 44 A 15 BOGOTÁ
Cel. 3024520757 - Tel. 4824440 - E-mail. sermedi.serviciosmedicos@gmail.com
www.ipssermedi.com.co



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.938

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 19 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S | SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| PEREZ ORTIZ YEFREY SNEYDER | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 25 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS | CC (Tipo) | 1057602681 (Número) |
| Apellidos y Nombres | | | | |

Cargo
**AYUDANTE DE CONSTRUCCION**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RESTRICCIONES**

Observaciones: *NO APLICA*

| APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HABITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | NO FUMAR |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

R. M.: 17223 L.S.O.: 11200

**Código de Seguridad**
P1255V1B2938

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: PEREZ ORTIZ YEFREY SNEYDER

CC: 1057602681

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT: 830.062.334 – 1

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA** | BOGOTA, 08 DE JULIO 2022 | | | **EMPRESA** | | SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S | | |
| **TIPO DE EXAMEN** | INGRESO | X | PERIODICO | | EGRESO | | POSINCAPACIDAD | |

| **DATOS DEL TRABAJADOR** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | DIEGO ALONSO ROJAS ROMERO | | | **IDENTIFICACIÓN** | 1.013.589.644. |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **EDAD** | **GENERO** | **RH** | **CARGO** |
| BOGOTA ( CUNDINAMARCA ) | 01 - AGOSTO - 1.987 | 34 AÑOS | M | B(POSITIVO) | OFICIAL DE CONSTRUCCION |

| **EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS** |
|---|
| MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR : SANO CLINICO |
| AUDIOMETRIA : NORMAL |
| VISIOMETRIA : NORMAL |
| LABORATORIO CLINICO: CH – GLICEMIA -PERFIL LIPIDICO |

| **CONCEPTO MÉDICO LABORAL** | | | |
|---|---|---|---|
| APTO SIN RESTRICIONES | X | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | X |
| APTO CON RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN EN SU LABOR | | NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | |
| RESTRICCIONES ENCONTRADAS | | | |

| **RECOMENDACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | X | REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA | X |
| USO DE RX O LENTES SEGÚN NECESIDAD | | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS | X |
| USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL | |
| ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA | |
| LEVANTAR CARGAS INFERIORES A | 25Kg | CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL | |
| USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN | | DIETA BALANCEADA | X |
| REMISION ESPECIALISTA EPS | | | |
| OTRAS RECOMENDACIONES | CONTROL PERIODICO | | |

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 79.150.760 Bta.
Médico Cirujano U.N. R.M. 4886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

Diego Rojas

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

IPS SERMEDI SERVICIOS MEDICOS SAS
NIT. 901396095-7
Calle 62 SUR 44 A 15 BOGOTÁ
Cel. 3024520757 - Tel. 4824440 - E-mail. sermedi.serviciosmedicos@gmail.com
www.ipssermedi.com.co



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.939

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 19 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S | SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| HERNANDEZ VILLA DUVAN ANDRES | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 20 AÑOS 10 MESES 24 DÍAS | CC | 1006122822 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**AYUDANTE DE CONSTRUCCION**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RESTRICCIONES**

Observaciones: *NO APLICA*

| APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | NO FUMAR |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Dr. Oscar Jair Ospina
RM 17223 Ministerio de Salud
IPS SERMEDI Sociedad Limitada de Salud
Resolución 11200 Bogotá Extranjero 2015

Firma:

**Nombre:** OSPINA ORTIZ JAIR

**R. M.:** 17223 **L.S.O.:** 11200

**Código de Seguridad**
O1255U1A2939

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Duvan Villa

**Nombre:** HERNANDEZ VILLA DUVAN ANDRES

**CC:** 1006122822

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL NIT. 830 .062.334 – 1

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA** | BOGOTA, MARZO 14 DE 2022 | | | **EMPRESA** | | SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS | |
| **TIPO DE EXAMEN** | INGRESO | X | PERIODICO | | EGRESO | POSINCAPACIDAD | |

| **DATOS DEL TRABAJADOR** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | LUIS CARLOS PEREZ RODRIGUEZ | | | **IDENTIFICACIÓN** | 19.107.699 |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **EDAD** | **GENERO** | **RH** | **CARGO** |
| DUITAMA ( BOYACA ) | 10 - FEBRERO - 1950 | 72 AÑOS | M | O (POSITIVO) | OFICIAL DE OBRA |

| **EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS** |
|---|
| MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR : SANO CLINICO |
| AUDIOMETRIA |
| VISIOMETRIA |
| LABORATORIO CLINICO: PERFIL LIPIDICO - GLICEMIA |

| **CONCEPTO MÉDICO LABORAL** | | | |
|---|---|---|---|
| APTO SIN RESTRICIONES | X | EGRESO SATISFACTORIO | |
| APTO CON RESTRINCCIONES QUE NO INTERVIENEN EN SU CAPACIDAD LABORAL | | EGRESO SATISFACTORIO NO SATISFACTORIO | |
| RESTRICCIONES ENCONTRADAS | NINGUNA | | |

| **RECOMENDACIONES** | | | |
|---|---|---|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | X | REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA | X |
| USO DE LENTES SEGÚN NECESIDAD | X | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS | X |
| USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL | |
| ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA | | MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA | |
| LEVANTAR CARGAS INFERIORES A | 25Kg | CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL | |
| USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN | | DIETA BALANCEADA | X |
| REMISION ESPECIALISTA EPS | | | |
| OTRAS RECOMENDACIONES | CONTROL PERIODICO | | |

Dr. Guillermo Arias Restrepo
C.C. 19.150.760 de...
Medico Cirujano U.N. R.M. 4886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L.
Resol. 134 Secretaria de Salud

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

FIRMA Y C.C. DEL TRABAJADOR

HUELLA ID

IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

**IPS SERMEDI SERVICIOS MEDICOS SAS**

**NIT. 901396095-7**

Calle 62 SUR 44 A 15 BOGOTÁ
Cel. 3024520757 - Tel. 4824440 - E-mail. sermedi.serviciosmedicos@gmail.com
www.ipssermedi.com.co



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 2.830**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 | 01 | 2023 | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) | **EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS** |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| **SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S** | **SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | ***Empresa en misión*** |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **VILLA RAMIREZ CARLOS ENRIQUE** | MASCULINO | | CC | 1033751411 |

**AYUDANTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RESTRICCIONES**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **APTO** | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |

| **RESTRICCIONES LABORALES** | **TIPO** | **RECOMENDACIONES** |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ✓ | VISIOMETRÍA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | NO FUMAR |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Dr. Oscar Jair Ospina
RM 011625 Ministerio de Salud
RM 17263 Secretaria Distrital de Salud
Resolución 17.200 Salud Ocupacional SDS

**Firma:**

**Nombre:** OSPINA ORTIZ JAIR

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** VILLA RAMIREZ CARLOS ENRIQUE



Scanned by TapScanner

# Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional
EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575455286 Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017 CARRERA 6 # 13A-15
SOACHA- SAN LUIS TELEFONOS: 8410422 - 3003817785 laboratorioclinicosoacha@gmail.com

Consecutivo: 123



SCANEAR

*Nombre:* GERLEN OSORIO VILLALOBO

*Identificacion:* CC 1006855890

*Empresa:* CARLOS GUTIERREZ NIT 79209739-0

*Cargo a desempeñar* AUXILIAR DE OBRA

*Edad:* 25 años y 9 meses. Fecha nacimiento: 05/03/1997

*Examen para:* INGRESO **Fecha Valoración:** miércoles 18 de enero de 2023

## CONCEPTO DE APTITUD PARA LABORAR

| | |
|---|---|
| *Concepto de Aptitud:* | *APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: AUXILIAR DE OBRA* |
| *Tipo de cargo:* | *OPERATIVO* |
| *Apoyo diagnóstico:* | AGUDEZA VISUAL. |

## RECOMENDACIONES

1. *Pausas activas/utilizar EPP/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral/Higiene postural.*
2. *Valoración por nutrición de EPS.*
3. *Proteccion contra impacto y descarga electrica*
4. *Buenas practicas mecanicas para la movilización, elevacion, carga y descarga de pesos superiores a 25 kilos.*

## ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EXPEDIDO AGREGANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULOS 3 Y 4, (EMERGENCIA SANITARIA SARS COV 2). Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017 Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación escaneando el QR o a los Teléfonos: 8410422 WhatsApp 3003817785 con N° Consecutivo.

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
Lic. S.O. - 006290

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 1006855890

Powered by CamScanner

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.**
NIT.900.889.250-5
**Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06**
**SUR. Barrió Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301**
**5473361**

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19164

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 02 DIA | 02 MES | 2023 AÑO | BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | NIT |
|---|---|
| D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCION S.A.S | 901653885 |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| HECTOR JULIO PARRA RAMIREZ | MASCULINO | 37 AÑOS | CC (Tipo) | 1069230045 (Número) |

Cargo

OFICIAL DE CONSTRUCCION

CONCEPTO

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Observaciones:

NINGUNA

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA | |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) | ✓ | PERFIL LIPÍDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | GLICEMIA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACION EN EJECUCION SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
8. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría indada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Médico | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma: | Firma: |
| Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | Nombre HECTOR JULIO PARRA RAMIREZ |
| R. M.: 1798-1990 L.S.O.: 2552 SST. | CC: 1.069.230.045 |



Powered by CamScanner

# Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional
EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266 Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017 CARRERA 6 # 13A-15
SOACHA- SAN LUIS TELEFONOS: 8410422 - 3003817785 laboratorioclinicosoacha@gmail.com

**Nombre:** JAIR GREGORIO JIMENEZ JIMENEZ

**Identificacion:** CC 85372162

SCANEAR

**Consecutivo: 97**



**Empresa:** CARLOS GUTIERREZ NIT 79209739-0

**Cargo a desempeñar** OFICIAL DE OBRA

**Edad:** 38 años y 7 meses.

Fecha nacimiento: 21/06/1984

**Examen para:** INGRESO

**Fecha Valoración:** martes 17 de enero de 2023

## CONCEPTO DE APTITUD PARA LABORAR

| | |
|---|---|
| *Concepto de Aptitud:* | *APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: OFICIAL DE OBRA* |
| *Tipo de cargo:* | *OPERATIVO* |
| *Apoyo diagnóstico:* | AGUDEZA VISUAL |

## RECOMENDACIONES

1. *Pausas activas/utilizar EPP/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral/Higiene postural.*
2. *Uso de protección solar y auditiva.*
3. *Buenas practicas mecanicas para la movilización, elevacion, carga y descarga de pesos superiores a 25 kilos.*

## ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EXPEDIDO AGREGANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULOS 3 Y 4, (EMERGENCIA SANITARIA SARAS COV-2) Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017 Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación escaneando el QR o a los Teléfonos: 8410422 WhatsApp 3003817785 con N° Consecutivo.

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
LIC. S.O. - 006290096

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 85372162

Powered by CamScanner

# Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional

EVALUACION OCUPACIONAL BASC 2535432299 Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12705 DE 01/11/2017 CARRERA 9 # 144-15

SOACHA SAN LUIS TELEFONOS 3410422 - 3003817785 laboratoriodelabioseguridad@gmail.com

Consecutivo: 120



**Nombre:** JOSE MANUEL RAMIREZ BARBOSA

**Identificacion:** CC 348412

SCANEAR

**Empresa:** CARLOS GUTIERREZ NIT 79209739-0

**Cargo a desempeñar** OFICIAL DE OBRA

**Edad:** 66 años y 0 meses. Fecha nacimiento: 05/01/1957

**Examen para:** INGRESO **Fecha Valoración:** martes 17 de enero de 2023

## CONCEPTO DE APTITUD PARA LABORAR

| | |
|---|---|
| *Concepto de Aptitud:* | *APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: OFICIAL DE OBRA* |
| *Tipo de cargo:* | *OPERATIVO* |
| *Apoyo diagnóstico:* | AGUDEZA VISUAL |

## RECOMENDACIONES

1. *Pausas activas/utilizar EPP/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral/Higiene postural.*
2. *Uso de Corrección Optica para Laborar.*
3. *Uso de protección solar y auditiva.*
4. *Buenas practicas mecanicas para la movilización, elevacion, carga y descarga de pesos superiores a 25 kilos.*

## ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL 2346 del 4) RES 3558 DE 2005 Y 1720 DE 2005, EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EMITIDO HABIENDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 648 DE 2016 ARTICULO 2.2.1.6. (MODIFICADO PARCIALMENTE POR EL D.1)

Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12705 DE 01/11/2017 Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación escaneando el QR o a los Telefonos: 3410422 WhatsApp 3003817785 con N° Consecutivo.

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
LIC. S.O. - 006290DC

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N°
348412

Powered by CamScanner

# Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional

EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266 Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017 CARRERA 6 # 13A-15

SOACHA- SAN LUIS TELEFONOS: 8410422 - 3003817785 laboratorioclinicosoacha@gmail.com


Consecutivo: 122

**Nombre:** CARLOS STIVEN GUTIERREZ GUEPE

**Identificacion:** CC 1083022967

SCANEAR



**Empresa:** CARLOS GUTIERREZ NIT 79209739-0

**Cargo a desempeñar** OFICIAL DE OBRA

**Edad:** 25 años y 11 meses.

Fecha nacimiento: 19/02/1997

**Examen para:** INGRESO

**Fecha Valoración:** miércoles 18 de enero de 2023

## CONCEPTO DE APTITUD PARA LABORAR

| | |
|---|---|
| *Concepto de Aptitud:* | *APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: OFICIAL DE OBRA* |
| *Tipo de cargo:* | *OPERATIVO* |
| *Apoyo diagnóstico:* | AGUDEZA VISUAL. |

## RECOMENDACIONES

1. *Pausas activas/utilizar EPP/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral/Higiene postural.*
2. *Uso de protección solar y auditiva.*
3. *Buenas practicas mecanicas para la movilización, elevacion, carga y descarga de pesos superiores a 25 kilos.*

## ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS NI ESPACIOS CONFINADOS

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EXPEDIDO AGREGANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULOS 3 Y 4, (EMERGENCIA SANITARIA SARAS COV-2) Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996-RES N°12700 DE 01/11/2017 Este es un Documento Original Cualquier copia o Enmendadura pierde validez. Verificación escaneando el QR o a los Teléfonos: 8410422 WhatsApp 3003817785 con N° Consecutivo.

Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
LIC. S.O. - 006290/96

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Stiven Gutierrez

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 1083022967

***Nombre:*** CARLOS STIVEN GUTIERREZ GUEPE **Consecutivo:** **122**

***Identificacion:*** 1.083.022.967

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AGUDEZA VISUAL** | OD | L | 20/20 | OI | L | 20/20 | 25 años y 11 meses. |
| | | C | NORMAL | | | NORMAL | |
| *VALORACION TABLA DE SNELLEN* | *FILAS DE 1 AL 14* | | | | | | |

**VISIOMETRIA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES PARA EDAD

Quien realiza recepción de datos DR. ROLAND ROJAS G.

ACTUALMENTE NO PRESENTA SIGNOS Y/O SINTOMAS CLINICOS DE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA RESPIRATORIA, QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD. SE RECOMIENDA CUMPLIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROGRAMAS OCUPACIONALES PARA EL CONTROL DE CONTAGIO SARS COV-2. TOMA Y REGISTRO PERIODICO DE SIGNOS (TEMPERATURA Y SPO2) Y SINTOMAS. AFEBRIL Y SPO2 MAYOR DE 90%. ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LO

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS SAS

NIT. 830.136.321-5
LIC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS

# CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



**FECHA** 23-ene.-2023 **HORA** 08:54:06
**EMPRESA** CARLOS GUTIERREZ NIT 79209739-0
**TIPO DE EXAMEN:** INGRESO
**INFORMACIÓN GENERAL:**
Nombre del Trabajador: Jesus Parra Perez
Edad 55 años 2 meses 20 dias
Documento de Identificación: CC Número: 79555362
Cargo AYUDANTE

**Apto**
PARA EL CARGO ASIGNADO

**Diagnóstico 1:** Z100 Examen de salud ocupacional

**EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

**Otras Recomendaciones:** 1/ / Hábitos de vida y convivencia saludables que mejoren la carga laboral y disminuyan el riesgo psicosocial. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo y uso de EPP acorde a la actividad laboral . 3/Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa. 4/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo . 5/ Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales . 6/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada. 7/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares. 8/ Cuidados con la alimentación e hidratación constante , 9/ Control anual con odontología y medicina general por EPS. 10/ Técnica de lavado de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias y diarreicas.
* No levantamiento de cargas mayores a 20 kg. * Ajustar horarios de sueño preferible dormir en horario nocturno. * Actividades para manejo del estrés * Ajustar hábitos saludables
No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: con hallazgos.
REMISION A EPS?: SI
Control con medicina general, 2./ Se recomienda toma de ecografía de tejidos blandos o pared abdominal, 3./ No cargas mayores a 20 kg. 4. / En espera de definir si requiere manejo quirúrgico en EPS.
CONTROL POR NUTRICION PARA MANEJO DE OBESIDAD GRADO I.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

| **Médico** | | **Trabajador** | | |
|---|---|---|---|---|
| Firma | Reg. Med. 72173322 LIC.SST 3508 19/07/22 | Firma | Jesús parra perez | Huella |
| Nombre: | JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO | Nombre: | Jesus Parra Perez | |
| RM. | SST3508-19-07-22 Lic.SO: | CC N° | 79555362 | |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo** a **Servisalud ocupacional IPS.,** a realizar en mí, el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.,** me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclinico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

**AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

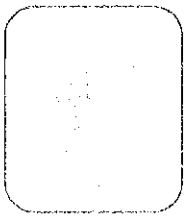
Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma: Jesus parra perez

Nombre: Jesus parra perez

CC No. 79555362 Bta



# SANTA ELENA SAS
## Servicios Médicos Integrales

**Su IPS de Confianza**

[illegible]

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post-incapacidad ☐ Cese ocupacional ☐
Cambio ☐ Reubicación ☐ Egreso de EVR ☐ Trabajo en alturas ☐



Fecha: 03/08/2022 08:52:06 Empresa: CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOS 79208739

Nombre: ROBERTO CARLOS GOMEZ PENERREY

Cargo: OFICIAL DE OBRA Doc. Identidad: CC 8643622

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ☒ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aplazado | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Apto con restricciones | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Apto para trabajar en alturas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Apto para participar en la brigada | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo en limitaciones | ☐ | ☐ |
| Requiere restricciones de actividades | ☐ | ☐ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ☐ | ☐ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ☐ | ☐ |
| Apto para trabajar en alturas | ☐ | ☐ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ☐ | ☐ |
| Apto para trabajar en alturas | ☐ | ☐ |
| Sospecha de enfermedad Profesional | ☐ | ☐ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ☐ | ☐ |
| Enfermedad Común | ☐ | ☐ |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

**REMISIÓN** SI ☐ NO ☒ **ARL** SI ☐ NO ☒ **EPS** SI ☐ NO ☒

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL

[illegible]

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 12544909 RM: 5814 DE 26/04/2018

Roberto Gomez

Trabajador: ROBERTO CARLOS GOMEZ
CC 8643622
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Dirección: CE 27 SUR No 19 - 19 Teléfono: 4057000-4072405-8284247-3140632885-3113117228 NIT 800137144
Email: [illegible]

Powered by CamScanner

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 – E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 4.343**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CASTRO PIRACOCA DUBAR DAVIANNY | MASCULINO | 25 AÑOS 9 MESES 19 DÍAS | CC (Tipo) | 1023021403 (Número) |

Cargo
**TECNICO SST**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **APTO** | ANEXO NEUROLOGICO |
| **APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR |
| **APTO** | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | GLICEMIA | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS) | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ANEXO NEUROLOGICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | ECOGRAFIA TEJIDOS BLANDOS | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 4.576**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 DÍA | 11 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| JULIO RUIZ RUIZ SAID ALONSO | MASCULINO | 31 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS | Tipo: CC | Número: 1024522732 |

Cargo

**TECNICO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **APTO** | ANEXO NEUROLOGICO |
| **APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR |
| **APTO** | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS) | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | ANEXO NEUROLOGICO | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ECOGRAFIA TEJIDOS BLANDOS | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | PSICONSENSOMETRICA CRC | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | - - - - - - - - - - - - - - - - - - - | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 – E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.136

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 04 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| TOCUA PINZON FABIAN | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 32 AÑOS 9 MESES 24 DÍAS | CC | 1022958693 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**TECNICO SST**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS**

Observaciones: *NO APLICA*

**APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | OPTOMETRÍA | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS) | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ECOGRAFIA TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Dra. Yuly Guarin Holguin
Médico Cirujano General
Esp. SST Res. 15172 2019NC

**Firma:**

**Nombre:** GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

**R. M.:** 53164665 **L.S.O.:** 15078

**Código de Seguridad**
U860A1G5136

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** TOCUA PINZON FABIAN

**CC:** 1022958693

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 – E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.246

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 12 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| RUBIO GALINDO CAMILO ANDRES | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 46 AÑOS 9 MESES 0 DÍAS | CC | 79838555 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**RESIDENTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS**

Observaciones: *NO APLICA*

**APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | AUDIOMETRÍA | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | OPTOMETRÍA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| VALORACIÓN POR EPS | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA : HIPOGRASA E HIPOGLUCIDA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**



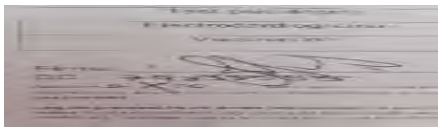

**Firma:**

**Nombre:** GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

**R. M.:** 53164665 **L.S.O.:** 15078

**Código de Seguridad**
T860Z1F5246

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** RUBIO GALINDO CAMILO ANDRES

**CC:** 79838555

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 4.366**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 28 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| LOPEZ SANCHEZ OMAR CAMILO | MASCULINO | 46 AÑOS 5 MESES 27 DÍAS | CC (Tipo) | 79744779 (Número) |

Cargo
**RESIDENTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS**

Observaciones: *NO APLICA*

**APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | OPTOMETRÍA | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | PSICONSENSOMETRICA CRC | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

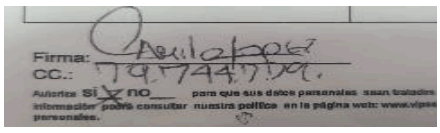
**Firma:** Dra. Yuly Guarin Holguin Médico Cirujano General Esp. SST Res. 15372 2019 NC

**Nombre:** GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

**R. M.:** 53164665 **L.S.O.:** 15078

**Código de Seguridad**
**Z860F1L4366**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:** 


**Nombre:** LOPEZ SANCHEZ OMAR CAMILO

**CC:** 79744779

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 4.367**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 28 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| TOVAR JIMENEZ LUIS CARLOS | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 23 AÑOS 7 MESES 2 DÍAS | CC | 1018510121 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**RESIDENTE ADMINISTRATIVO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE**

Observaciones: *NO APLICA*

**APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | OPTOMETRÍA | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | PSICONSENSOMETRICA CRC | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Dra. Yuly Guarin Holguin
Médico Cirujano General
Esp. SST Res. 15172 6/09/16

**Firma:**

**Nombre:** GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

**R. M.:** 53164665 **L.S.O.:** 15078

**Código de Seguridad**
**U860A1G4367**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** TOVAR JIMENEZ LUIS CARLOS

**CC:** 1018510121

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.242

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 12 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| LOAIZA RODRIGUEZ JERFENSON ARNULFO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 35 AÑOS 4 MESES 18 DÍAS | CC | 1013590546 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**INSPECTOR DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **APTO** | ANEXO NEUROLOGICO |
| **APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR |
| **APTO** | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | GLICEMIA | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | ECOGRAFIA TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| ESPECIALISTA : MEDICO INTERNISTA | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE REALIZA 2 CONTROLES NUEVOS DE GLICEMIA PREPRANDIAL, ULTIMO CON CIFRAS DENTRO DE RANGOS OPTIMOS POR LO QUE SE LEVANTA APLAZAMIENTO PARA TRABAJAO EN ALTURAS, SE SOLICITA CONTROL EN EPS DE CURVA DE GLICEMIA CON CARGA Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN 3 MESES.
CONTROL OCUPACIONAL EN 3 MESES CON RESULTADOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 4.373**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 28 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| PEDREROS DIAZ JUAN FERNANDO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 44 AÑOS 1 MESES 24 DÍAS | CC | 12198058 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**INSPECTOR DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **APTO** | ANEXO NEUROLOGICO |
| **APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR |
| **APTO** | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS) | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | ANEXO NEUROLOGICO | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ECOGRAFIA TEJIDOS BLANDOS | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | PSICONSENSOMETRICA CRC | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 4.229**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 12 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO ALTURAS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ROZO RIVERA LIZETH VANESSA | FEMENINO | 30 AÑOS 7 MESES 20 DÍAS | CC (Tipo) | 1026280172 (Número) |

Cargo
**INSPECTOR DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **APTO** | ANEXO NEUROLOGICO |
| **APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR |
| **APTO** | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS) | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | ANEXO NEUROLOGICO | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | SEROLOGIA II | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | ECOGRAFIA TEJIDOS BLANDOS | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | - - - - - - - - - - - - - - - - - - - | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.433

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 20 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| MELO RINCON CIRO ANTONIO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 40 AÑOS 10 MESES 17 DÍAS | CC | 80116087 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**INSPECTOR DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS**

Observaciones: *NO APLICA*

**APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | AUDIOMETRÍA | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | OPTOMETRÍA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA : DIETA HIPOGRASA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

**Firma:**

**Nombre:** SUAREZ MARIN ANGIE TATIANA

**R. M.:** 00000 **L.S.O.:** 0000

**Código de Seguridad**
G860M1S5433

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** MELO RINCON CIRO ANTONIO

**CC:** 80116087

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 901434471-7
Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 4.372**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 28 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| HORMAZA LOZANO SANDRA MILENA | FEMENINO | 44 AÑOS 7 MESES 24 DÍAS | CC (Tipo) | 52382758 (Número) |

Cargo
**DIRECTOR DE OBRAS**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS**

Observaciones: *NO APLICA*

**APTO** | ANEXO OSTEOMUSCULAR

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | ✓ | OPTOMETRÍA | ✓ |
| ANEXO OSTEOMUSCULAR | ✓ | SEROLOGIA II | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | PSICONSENSOMETRICA CRC | ✓ |

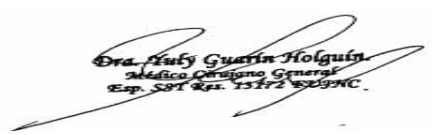
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERLA PARA MANEJO DE LA TENSION ARTERIAL | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

REALIZAR MONITOREO DE LA TENSION ARTERIAL POR 7 DIAS CONTINUOS
CONTROL CON MEDICINA GENERAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**



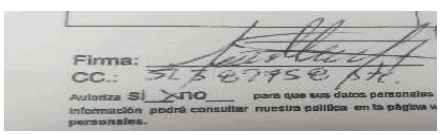

**Firma:**

**Nombre:** GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

**R. M.:** 53164665 **L.S.O.:** 15078

**Código de Seguridad**
**I860O1U4372**

**Aspirante o Trabajador**




**Firma:**

**Nombre:** HORMAZA LOZANO SANDRA MILENA

**CC:** 52382758

# Anexo SST-15 - Planillas seguridad social Contratista

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 901378317 | 0 | SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CALLE 57Z No. 75D-10 SUR CA51 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 8939275 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-01 | 2023-02 | 1906433969 | 9446675794 | E | 2023/02/06 | 2023/02/08 | BANCOLOMBIA | 2 | $3,475,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 80822373 | ALEAN SERGIO | 230301 | 17 | $657,334 | $105,200 | EPS017 | 17 | $657,334 | $26,300 | CCF24 | 17 | $657,334 | $26,300 | 14-23 | 17 | $657,334 | $45,800 | 17 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 1124043203 | ANGEL JEAN | 230301 | 8 | $309,334 | $49,500 | EPS017 | 8 | $309,334 | $12,400 | CCF24 | 8 | $309,334 | $12,400 | 14-23 | 8 | $309,334 | $21,600 | 8 | $0 | $0 |
| 3 | CC | 1007275624 | AREVALO TEDER | 230301 | 15 | $580,000 | $92,800 | EPS002 | 15 | $580,000 | $23,200 | CCF24 | 15 | $580,000 | $23,200 | 14-23 | 15 | $580,000 | $40,400 | 15 | $0 | $0 |
| 4 | CC | 80729820 | ASCUNTAR FRANCISCO | 230301 | 3 | $116,000 | $18,600 | EPS002 | 3 | $116,000 | $4,700 | CCF24 | 3 | $116,000 | $4,700 | 14-23 | 3 | $116,000 | $8,100 | 3 | $0 | $0 |
| 5 | CC | 80762173 | BERNAL CARLOS | 231001 | 11 | $425,334 | $68,100 | EPS002 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 6 | CC | 79925284 | CHAVEZ CESAR | 230201 | 12 | $464,000 | $74,300 | EPS005 | 12 | $464,000 | $18,600 | CCF24 | 12 | $464,000 | $18,600 | 14-23 | 12 | $464,000 | $32,300 | 12 | $0 | $0 |
| 7 | CC | 1014269049 | CRUZ JHOAN | 230301 | 8 | $309,334 | $49,500 | EPS002 | 8 | $309,334 | $12,400 | CCF24 | 8 | $309,334 | $12,400 | 14-23 | 8 | $309,334 | $21,600 | 8 | $0 | $0 |
| 8 | CC | 79111763 | CRUZ LUIS | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 9 | CC | 1026308988 | DEL VILLAR KEVIN | 230201 | 11 | $425,334 | $68,100 | EPSC34 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 10 | CC | 79681780 | DEL VILLAR MIGUEL | 231001 | 11 | $425,334 | $68,100 | EPS002 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 11 | CC | 3186006 | DIAZ FREDI | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS008 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF24 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 |
| 12 | CC | 79182889 | DIAZ OSCAR | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS017 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF24 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 |
| 13 | CC | 79970576 | GARCIA ARISTOBULO | 230301 | 11 | $425,334 | $68,100 | EPS008 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 14 | CC | 1033722245 | GARCIA CRISTIAN | 230301 | 6 | $232,000 | $37,200 | EPSC34 | 6 | $232,000 | $9,300 | CCF24 | 6 | $232,000 | $9,300 | 14-23 | 6 | $232,000 | $16,200 | 6 | $0 | $0 |
| 15 | CC | 80114333 | GARCIA JIMMY | 230301 | 11 | $425,334 | $68,100 | EPS005 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 16 | CC | 3185737 | GARCIA JORGE | 230301 | 11 | $425,334 | $68,100 | EPS017 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 17 | CC | 79651166 | GARCIA ROMEL | 230301 | 8 | $309,334 | $49,500 | EPS008 | 8 | $309,334 | $12,400 | CCF24 | 8 | $309,334 | $12,400 | 14-23 | 8 | $309,334 | $21,600 | 8 | $0 | $0 |
| 18 | CC | 19353005 | GOMEZ ISIDRO | | 0 | $0 | $0 | EPS037 | 8 | $309,334 | $12,400 | CCF24 | 8 | $309,334 | $12,400 | 14-23 | 8 | $309,334 | $21,600 | 8 | $0 | $0 |
| 19 | CC | 1024467174 | GUERRERO OSCAR | 230201 | 11 | $425,334 | $68,100 | EPS002 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 20 | CC | 1077871727 | HENAO EDWIN | 25-14 | 4 | $154,667 | $24,800 | EPS008 | 4 | $154,667 | $6,200 | CCF24 | 4 | $154,667 | $6,200 | 14-23 | 4 | $154,667 | $10,800 | 4 | $0 | $0 |
| 21 | CC | 1024561771 | MARIN ISIS | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS005 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | CCF24 | 30 | $1,160,000 | $46,400 | 14-23 | 30 | $1,160,000 | $80,800 | 30 | $0 | $0 |
| 22 | CC | 15765992 | MENDEZ HELY | 230301 | 8 | $309,334 | $49,500 | EPS017 | 8 | $309,334 | $12,400 | CCF24 | 8 | $309,334 | $12,400 | 14-23 | 8 | $309,334 | $21,600 | 8 | $0 | $0 |
| 23 | CC | 11441077 | RAVELO FLORENTINO | 230201 | 11 | $425,334 | $68,100 | EPS017 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| 24 | CC | 80005737 | ROMERO EDGAR | 230201 | 1 | $38,667 | $6,200 | EPS017 | 1 | $38,667 | $1,600 | CCF24 | 1 | $38,667 | $1,600 | 14-23 | 1 | $38,667 | $2,700 | 1 | $0 | $0 |
| 25 | CC | 1007692746 | SILVA CRISTIAN | 230201 | 1 | $38,667 | $6,200 | EPS017 | 1 | $38,667 | $1,600 | CCF24 | 1 | $38,667 | $1,600 | 14-23 | 1 | $38,667 | $2,700 | 1 | $0 | $0 |
| 26 | PT | 5095349 | TORRES JHON | 230301 | 11 | $425,334 | $68,100 | EPSC34 | 11 | $425,334 | $17,100 | CCF24 | 11 | $425,334 | $17,100 | 14-23 | 11 | $425,334 | $29,700 | 11 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 26)** | | | $10,826,677 | $1,733,000 | | | $11,561,345 | $463,700 | | | $11,561,345 | $463,700 | | | $11,561,345 | $806,400 | | $0 | $0 |



2023/02/07 08:39 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 24 | $1,733,000 | $4,300 | $0 | $1,737,300 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 2 | $136,200 | $400 | $0 | $136,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $24,800 | $100 | $0 | $24,900 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 15 | $1,281,000 | $3,100 | $0 | $1,284,100 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 6 | $291,000 | $700 | $0 | $291,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 26 | $806,400 | $2,000 | $0 | $808,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 26 | $806,400 | $2,000 | $0 | $808,400 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 26 | $463,700 | $1,100 | $0 | $464,800 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 26 | $463,700 | $1,100 | $0 | $464,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 6) | | | | 26 | $463,700 | $1,400 | $0 | $465,100 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 3 | $43,500 | $200 | $0 | $43,700 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 4 | $82,100 | $200 | $0 | $82,300 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 8 | $134,900 | $400 | $0 | $135,300 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $12,400 | $100 | $0 | $12,500 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 7 | $108,700 | $300 | $0 | $109,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 3 | $82,100 | $200 | $0 | $82,300 |
| TOTAL | | | | 26 | $3,466,800 | $8,800 | $0 | $3,475,600 |

# Certificado de Aportes

Se certifica que KATERIN ROXET PAOLA MENDOZA SANTANA identificado(a) con CC 1026289544 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**CONSORCIO INFRA FG-PA NI 901550783**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2022-12 | 2023-01 | 1874187328 | 9445637289 | E | 2023-01-20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $3,000,000 | $480,000 |
| ARL | SEGUROS BOLIVAR | 30 | 6.96% | $3,000,000 | $208,800 |
| CCF | CAFAM | 30 | 4% | $3,000,000 | $120,000 |
| EPS | SANITAS | 30 | 4% | $3,000,000 | $120,000 |

Este certificado se expide el día 2023-02-07 a las 10:33.

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 813008120 | 1 | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PA BOGOTA | CALLE 104 NO 14 A 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2150482 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-01 | 2023-02 | 32190145 | 9446633500 | E | 2023/02/06 | 2023/02/07 | BANCOLOMBIA | | $9,893,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Codigo | Dias | Codigo | Días | Codigo | Días | Tarifa | Días | Exonerado SENA e ICBF |
| **SUCURSAL: PA BOGOTA (16 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (2 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 1075225207 | CORTES BARRIOS NATALIA ANDREA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | EPS005 | 30 | CCF21 | 30 | 14-7 | 30 | 0.522% | 30 | Si |
| 2 | CC | 1051822295 | RODRIGUEZ VASQUEZ VANESSA | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 8 | EPS010 | 8 | CCF21 | 8 | 14-7 | 8 | 0.522% | 8 | Si |
| **Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (14 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (14 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | CC | 1022385179 | AYALA FORERO BRAYAN ESTIVEN | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | EPS008 | 30 | CCF21 | 30 | 14-7 | 30 | 6.960% | 30 | Si |
| 4 | CC | 1023021403 | CASTRO PIRACOCA DUBAR DAVIANNY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | EPS008 | 30 | CCF21 | 30 | 14-7 | 30 | 6.960% | 30 | Si |
| 5 | CC | 1020815988 | FLOREZ HENAO MATEO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23090 1 | 15 | EPS001 | 15 | CCF21 | 15 | 14-7 | 15 | 6.960% | 15 | Si |
| 6 | CC | 52382758 | HORMAZA LOZANO SANDRA MILENA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | EPS008 | 30 | CCF21 | 30 | 14-7 | 30 | 6.960% | 30 | Si |
| 7 | CC | 1024522732 | JULIO RUIZ SAID ALONSO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 15 | EPS008 | 15 | CCF21 | 15 | 14-7 | 15 | 6.960% | 15 | Si |
| 8 | CC | 1013590546 | LOAIZA RODRIGUEZ JERFENSON ARNULFO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23100 1 | 14 | EPS008 | 14 | CCF21 | 14 | 14-7 | 14 | 6.960% | 14 | Si |
| 9 | CC | 79744779 | LOPEZ SANCHEZ OMAR CAMILO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | EPS008 | 30 | CCF21 | 30 | 14-7 | 30 | 6.960% | 30 | Si |
| 10 | CC | 80116087 | MELO RINCON CIRO ANTONIO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 11 | EPS002 | 11 | CCF21 | 11 | 14-7 | 11 | 6.960% | 11 | Si |
| 11 | CC | 12198058 | PEDREROS DIAZ JUAN FERNANDO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 15 | EPS002 | 15 | CCF21 | 15 | 14-7 | 15 | 6.960% | 15 | Si |
| 12 | CC | 1033792061 | PORTILLA GARZON VALENTINA | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 7 | EPS017 | 7 | CCF21 | 7 | 14-7 | 7 | 6.960% | 7 | Si |
| 13 | CC | 1026280172 | ROZO RIVERA LIZETH VANESSA | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | EPS005 | 30 | CCF21 | 30 | 14-7 | 30 | 6.960% | 30 | Si |
| 14 | CC | 79838555 | RUBIO GALINDO CAMILO ANDRES | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 15 | EPS002 | 15 | CCF21 | 15 | 14-7 | 15 | 6.960% | 15 | Si |
| 15 | CC | 1022958693 | TOCUA PINZON FABIAN | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 21 | EPS017 | 21 | CCF21 | 21 | 14-7 | 21 | 6.960% | 21 | Si |
| 16 | CC | 1018510121 | TOVAR JIMENEZ LUIS CARLOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | EPS010 | 30 | CCF21 | 30 | 14-7 | 30 | 6.960% | 30 | Si |
| **Total** | | | **Afiliados( 16)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 16 | $5,227,700 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $186,700 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 3 | $666,700 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 9 | $2,800,300 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 2 | $1,414,000 |
| SKANDIA | 230901 | 800,253,055 | 2 | 1 | $160,000 |

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 16 | $2,074,300 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 16 | $2,074,300 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 16 | $1,289,600 |
| CAFAM | CCF21 | 860,013,570 | 3 | 16 | $1,289,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 6) | | | | 16 | $1,289,600 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $40,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 6 | $708,700 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 2 | $141,400 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 2 | $74,700 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 3 | $156,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 2 | $168,100 |
| **TOTAL** | | | | **16** | **$9,881,200** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 901448807 | 9 | STOR CONSTRUCCIONES SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CARRERA44A#78-72 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4540737 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-01 | 2023-02 | 1898753020 | 9446533413 | A | 2023/02/28 | 2023/02/03 | BANCOLOMBIA | | $994,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Aporte | Codigo | Dias | Aporte | Codigo | Días | Aporte | Codigo | Días | Tarifa | Aporte | Días | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1022978224 | DUARTE MIGUEL | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3 | $18,600 | EPS002 | 3 | $4,700 | CCF24 | 3 | $4,700 | 14-11 | 3 | 6.96 | $8,100 | 3 | $0 | Si | $36,100 |
| 2 | CC | 1002947324 | HURTADO JHOHAN | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3 | $18,600 | EPS017 | 3 | $4,700 | CCF24 | 3 | $4,700 | 14-11 | 3 | 6.96 | $8,100 | 3 | $0 | Si | $36,100 |
| 3 | CC | 1007767345 | JERONIMO YINI | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 21 | $130,000 | ESSC07 | 21 | $32,500 | CCF24 | 21 | $32,500 | 14-11 | 21 | 6.96 | $56,600 | 21 | $0 | Si | $251,600 |
| 4 | CC | 1022999160 | PORRAS MAINER | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2 | $12,400 | EPS017 | 2 | $3,100 | CCF24 | 2 | $2,700 | 14-11 | 2 | 6.96 | $5,400 | 2 | $0 | Si | $23,600 |
| 5 | CC | 1090441631 | RIVERA MARYURY | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 12 | $74,300 | EPS037 | 12 | $18,600 | CCF24 | 12 | $18,600 | 14-11 | 12 | 6.96 | $32,300 | 12 | $0 | Si | $143,800 |
| 6 | CC | 1024594488 | TABORDA CRISTIAN | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 21 | $130,000 | EPS010 | 21 | $32,500 | CCF24 | 21 | $32,500 | 14-11 | 21 | 6.96 | $56,600 | 21 | $0 | Si | $251,600 |
| 7 | CC | 1019006887 | ZAPATA JAIME | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 21 | $130,000 | EPS008 | 21 | $32,500 | CCF24 | 21 | $32,500 | 14-11 | 21 | 6.96 | $56,600 | 21 | $0 | Si | $251,600 |
| **Total** | **Afiliados( 7)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $513,900 | | | $128,600 | | | $128,200 | | | | $223,700 | | $0 | | $994,400 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 901448807 | 9 | STOR CONSTRUCCIONES SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CARRERA44A#78-72 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4540737 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-01 | 2023-02 | 1898753020 | 9446533413 | A | 2023/02/28 | 2023/02/03 | BANCOLOMBIA | | $994,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 3) | | | | 7 | $513,900 | $0 | $513,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $12,400 | $0 | $12,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 3 | $167,200 | $0 | $167,200 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 3 | $334,300 | $0 | $334,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 7 | $223,700 | $0 | $223,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 7 | $223,700 | $0 | $223,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 7 | $128,200 | $0 | $128,200 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 7 | $128,200 | $0 | $128,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 6) | | | | 7 | $128,600 | $0 | $128,600 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $32,500 | $0 | $32,500 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $32,500 | $0 | $32,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 2 | $7,800 | $0 | $7,800 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $32,500 | $0 | $32,500 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $18,600 | $0 | $18,600 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $4,700 | $0 | $4,700 |
| **TOTAL** | | | | **7** | **$994,400** | **$0** | **$994,400** |

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 901378317 | 0 | SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CALLE 57Z No. 75D-10 SUR CA51 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 8939275 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-12 | 2023-01 | 1859838318 | 9445404569 | E | 2023/01/05 | 2023/01/12 | BANCOLOMBIA | 7 | $3,669,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 1124043203 | ANGEL JEAN | 230301 | 15 | $500,000 | $80,000 | EPS017 | 15 | $500,000 | $20,000 | CCF24 | 15 | $500,000 | $20,000 | 14-23 | 15 | $500,000 | $34,800 | 15 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 80762173 | BERNAL CARLOS | 231001 | 20 | $666,667 | $106,700 | EPS002 | 20 | $666,667 | $26,700 | CCF24 | 20 | $666,667 | $26,700 | 14-23 | 20 | $666,667 | $46,500 | 20 | $0 | $0 |
| 3 | CC | 79925284 | CHAVEZ CESAR | 230201 | 15 | $500,000 | $80,000 | EPS005 | 15 | $500,000 | $20,000 | CCF24 | 15 | $500,000 | $20,000 | 14-23 | 15 | $500,000 | $34,800 | 15 | $0 | $0 |
| 4 | CC | 2975629 | CONTRERAS EUCLIDES | 230201 | 1 | $33,334 | $5,400 | EPS010 | 1 | $33,334 | $1,400 | CCF24 | 1 | $33,334 | $1,400 | 14-23 | 1 | $33,334 | $2,400 | 1 | $0 | $0 |
| 5 | CC | 79111763 | CRUZ LUIS | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 20 | $1,000,000 | $40,000 | CCF24 | 20 | $1,000,000 | $40,000 | 14-23 | 20 | $1,000,000 | $69,600 | 20 | $0 | $0 |
| 6 | CC | 18387590 | CUBILLOS HUGO | 230301 | 15 | $700,000 | $112,000 | EPS017 | 15 | $700,000 | $28,000 | CCF24 | 15 | $700,000 | $28,000 | 14-23 | 15 | $700,000 | $48,800 | 15 | $0 | $0 |
| 7 | CC | 1026308988 | DEL VILLAR KEVIN | 230201 | 20 | $666,667 | $106,700 | EPSC34 | 20 | $666,667 | $26,700 | CCF24 | 20 | $666,667 | $26,700 | 14-23 | 20 | $666,667 | $46,500 | 20 | $0 | $0 |
| 8 | CC | 79681780 | DEL VILLAR MIGUEL | 231001 | 20 | $666,667 | $106,700 | EPS002 | 20 | $666,667 | $26,700 | CCF24 | 20 | $666,667 | $26,700 | 14-23 | 20 | $666,667 | $46,500 | 20 | $0 | $0 |
| 9 | CC | 3186006 | DIAZ FREDI | 230301 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS008 | 30 | $1,000,000 | $40,000 | CCF24 | 30 | $1,000,000 | $40,000 | 14-23 | 30 | $1,000,000 | $69,600 | 30 | $0 | $0 |
| 10 | CC | 79182889 | DIAZ OSCAR | 230301 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS017 | 30 | $1,000,000 | $40,000 | CCF24 | 30 | $1,000,000 | $40,000 | 14-23 | 30 | $1,000,000 | $69,600 | 30 | $0 | $0 |
| 11 | CC | 5711811 | GAMBOA RITO | 25-14 | 1 | $33,334 | $5,400 | EPS005 | 1 | $33,334 | $1,400 | CCF24 | 1 | $33,334 | $1,400 | 14-23 | 1 | $33,334 | $2,400 | 1 | $0 | $0 |
| 12 | CC | 79970576 | GARCIA ARISTOBULO | 230301 | 20 | $666,667 | $106,700 | EPS008 | 20 | $666,667 | $26,700 | CCF24 | 20 | $666,667 | $26,700 | 14-23 | 20 | $666,667 | $46,500 | 20 | $0 | $0 |
| 13 | CC | 3185737 | GARCIA JORGE | 230301 | 20 | $666,667 | $106,700 | EPS017 | 20 | $666,667 | $26,700 | CCF24 | 20 | $666,667 | $26,700 | 14-23 | 20 | $666,667 | $46,500 | 20 | $0 | $0 |
| 14 | CC | 1024467174 | GUERRERO OSCAR | 230201 | 20 | $666,667 | $106,700 | EPS002 | 20 | $666,667 | $26,700 | CCF24 | 20 | $666,667 | $26,700 | 14-23 | 20 | $666,667 | $46,500 | 20 | $0 | $0 |
| 15 | CC | 1024561771 | MARIN ISIS | 230301 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS005 | 30 | $1,000,000 | $40,000 | CCF24 | 30 | $1,000,000 | $40,000 | 14-23 | 30 | $1,000,000 | $69,600 | 30 | $0 | $0 |
| 16 | CC | 1000001122 | PEÑA PABLO | 230301 | 15 | $500,000 | $80,000 | EPS017 | 15 | $500,000 | $20,000 | CCF24 | 15 | $500,000 | $20,000 | 14-23 | 15 | $500,000 | $34,800 | 15 | $0 | $0 |
| 17 | CC | 11441077 | RAVELO FLORENTINO | 230201 | 20 | $666,667 | $106,700 | EPS017 | 20 | $666,667 | $26,700 | CCF24 | 20 | $666,667 | $26,700 | 14-23 | 20 | $666,667 | $46,500 | 20 | $0 | $0 |
| 18 | CC | 1106898576 | SANCHEZ RAMON | 25-14 | 20 | $666,667 | $106,700 | EPS002 | 20 | $666,667 | $26,700 | CCF24 | 20 | $666,667 | $26,700 | 14-23 | 20 | $666,667 | $46,500 | 20 | $0 | $0 |
| 19 | PT | 5095349 | TORRES JHON | 230301 | 20 | $666,667 | $106,700 | EPSC34 | 20 | $666,667 | $26,700 | CCF24 | 20 | $666,667 | $26,700 | 14-23 | 20 | $666,667 | $46,500 | 20 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 19)** | | | $11,266,671 | $1,803,100 | | | $12,266,671 | $491,100 | | | $12,266,671 | $491,100 | | | $12,266,671 | $854,900 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 18 | $1,803,100 | $14,300 | $0 | $1,817,400 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 2 | $213,400 | $1,700 | $0 | $215,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 2 | $112,100 | $900 | $0 | $113,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 9 | $1,072,100 | $8,500 | $0 | $1,080,600 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 5 | $405,500 | $3,200 | $0 | $408,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 19 | $854,900 | $6,800 | $0 | $861,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 19 | $854,900 | $6,800 | $0 | $861,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 19 | $491,100 | $3,900 | $0 | $495,000 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 19 | $491,100 | $3,900 | $0 | $495,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 6) | | | | 19 | $491,100 | $4,200 | $0 | $495,300 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 2 | $53,400 | $500 | $0 | $53,900 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 2 | $66,700 | $600 | $0 | $67,300 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $1,400 | $100 | $0 | $1,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 6 | $161,400 | $1,300 | $0 | $162,700 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 5 | $146,800 | $1,200 | $0 | $148,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 3 | $61,400 | $500 | $0 | $61,900 |
| **TOTAL** | | | | **19** | **$3,640,200** | **$29,200** | **$0** | **$3,669,400** |

# Certificado de Aportes

Se certifica que KATERIN ROXET PAOLA MENDOZA SANTANA identificado(a) con CC 1026289544 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**CONSORCIO INFRA FG-PA NI 901550783**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2022-12 | 2023-01 | 1874187328 | 9445637289 | E | 2023-01-20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $3,000,000 | $480,000 |
| ARL | SEGUROS BOLIVAR | 30 | 6.96% | $3,000,000 | $208,800 |
| CCF | CAFAM | 30 | 4% | $3,000,000 | $120,000 |
| EPS | SANITAS | 30 | 4% | $3,000,000 | $120,000 |

Este certificado se expide el día 2023-01-20 a las 05:27.

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 813008120 | 1 | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PA BOGOTA | CALLE 104 NO 14 A 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2150482 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-12 | 2023-01 | 31864248 | 9445383484 | E | 2023/01/05 | 2023/01/12 | BANCOLOMBIA | 7 | $5,809,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PA BOGOTA (6 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $18,763,350 | $3,072,300 | | | $18,763,350 | $750,700 | | | $18,763,350 | $743,100 | | | $18,763,350 | | $1,197,700 | | $0 | $0 | | $5,763,800 |
| **Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $245,716 | $39,400 | | | $245,716 | $9,900 | | | $245,716 | $2,300 | | | $245,716 | | $0 | | $0 | $0 | | $51,600 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $245,716 | $39,400 | | | $245,716 | $9,900 | | | $245,716 | $2,300 | | | $245,716 | | $0 | | $0 | $0 | | $51,600 |
| 1 | CC | 1075225207 | CORTES BARRIOS NATALIA ANDREA | | | | | | | | | | | | | X | | | | | 23030 1 | 1 | $56,705 | $9,100 | EPS005 | 1 | $56,705 | $2,300 | CCF21 | 1 | $56,705 | $2,300 | 14-7 | 1 | $56,705 | 0.000% | $0 | 1 | $0 | $0 | Si | $13,700 |
| 2 | CC | 1075225207 | CORTES BARRIOS NATALIA ANDREA | | | | | | | | | | | X | | | | | | | 23030 1 | 4 | $189,011 | $30,300 | EPS005 | 4 | $189,011 | $7,600 | CCF21 | 4 | $189,011 | $0 | 14-7 | 4 | $189,011 | 0.000% | $0 | 4 | $0 | $0 | Si | $37,900 |
| **Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,417,634 | $226,900 | | | $1,417,634 | $56,800 | | | $1,417,634 | $56,800 | | | $1,417,634 | | $7,500 | | $0 | $0 | | $348,000 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,417,634 | $226,900 | | | $1,417,634 | $56,800 | | | $1,417,634 | $56,800 | | | $1,417,634 | | $7,500 | | $0 | $0 | | $348,000 |
| 3 | CC | 1075225207 | CORTES BARRIOS NATALIA ANDREA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 25 | $1,417,634 | $226,900 | EPS005 | 25 | $1,417,634 | $56,800 | CCF21 | 25 | $1,417,634 | $56,800 | 14-7 | 25 | $1,417,634 | 0.522% | $7,500 | 25 | $0 | $0 | Si | $348,000 |
| **Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (5 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $17,100,000 | $2,806,000 | | | $17,100,000 | $684,000 | | | $17,100,000 | $684,000 | | | $17,100,000 | | $1,190,200 | | $0 | $0 | | $5,364,200 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $17,100,000 | $2,806,000 | | | $17,100,000 | $684,000 | | | $17,100,000 | $684,000 | | | $17,100,000 | | $1,190,200 | | $0 | $0 | | $5,364,200 |
| 4 | CC | 1023021403 | CASTRO PIRACOCA DUBAR DAVIANNY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $2,000,000 | $320,000 | EPS008 | 30 | $2,000,000 | $80,000 | CCF21 | 30 | $2,000,000 | $80,000 | 14-7 | 30 | $2,000,000 | 6.960% | $139,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $619,200 |
| 5 | CC | 52382758 | HORMAZA LOZANO SANDRA MILENA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | $7,000,000 | $1,190,000 | EPS008 | 30 | $7,000,000 | $280,000 | CCF21 | 30 | $7,000,000 | $280,000 | 14-7 | 30 | $7,000,000 | 6.960% | $487,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $2,237,200 |
| 6 | CC | 79744779 | LOPEZ SANCHEZ OMAR CAMILO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $3,500,000 | $560,000 | EPS008 | 30 | $3,500,000 | $140,000 | CCF21 | 30 | $3,500,000 | $140,000 | 14-7 | 30 | $3,500,000 | 6.960% | $243,600 | 30 | $0 | $0 | Si | $1,083,600 |
| 7 | CC | 1026280172 | ROZO RIVERA LIZETH VANESSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $2,000,000 | $320,000 | EPS005 | 30 | $2,000,000 | $80,000 | CCF21 | 30 | $2,000,000 | $80,000 | 14-7 | 30 | $2,000,000 | 6.960% | $139,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $619,200 |
| 8 | CC | 1018510121 | TOVAR JIMENEZ LUIS CARLOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $2,600,000 | $416,000 | EPS010 | 30 | $2,600,000 | $104,000 | CCF21 | 30 | $2,600,000 | $104,000 | 14-7 | 30 | $2,600,000 | 6.960% | $181,000 | 30 | $0 | $0 | Si | $805,000 |
| **Total** | | | **Afiliados( 6)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $18,763,350 | $3,072,300 | | | $18,763,350 | $750,700 | | | $18,763,350 | $743,100 | | | $18,763,350 | | $1,197,700 | | $0 | $0 | | $5,763,800 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 813008120 | 1 | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PA BOGOTA | CALLE 104 NO 14 A 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2150482 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-12 | 2023-01 | 31864248 | 9445383484 | E | 2023/01/05 | 2023/01/12 | BANCOLOMBIA | 7 | $5,809,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 3) | | | | 6 | $3,072,300 | $24,500 | $0 | $3,096,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $320,000 | $2,600 | $0 | $322,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 4 | $1,562,300 | $12,400 | $0 | $1,574,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $1,190,000 | $9,500 | $0 | $1,199,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 6 | $1,197,700 | $9,500 | $0 | $1,207,200 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 6 | $1,197,700 | $9,500 | $0 | $1,207,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 6 | $743,100 | $5,900 | $0 | $749,000 |
| CAFAM | CCF21 | 860,013,570 | 3 | 6 | $743,100 | $5,900 | $0 | $749,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 3) | | | | 6 | $750,700 | $6,100 | $0 | $756,800 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 3 | $500,000 | $4,000 | $0 | $504,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $104,000 | $900 | $0 | $104,900 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 2 | $146,700 | $1,200 | $0 | $147,900 |
| **TOTAL** | | | | **6** | **$5,763,800** | **$46,000** | **$0** | **$5,809,800** |

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 | 901561860-2 | SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS | CL 68G SUR 49D 52 | 6019332997 | soluciones.integralesmetro2@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | C – MIPYME | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 20 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-01 | 2022-12 | E | 12/01/2023 | 64736083 | $3.143.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 283.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 283.400 | 6 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 212.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 212.500 | 4 |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 250.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 250.000 | 2 |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 91.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 91.700 | 2 |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 62.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 62.500 | 1 |
| EPSC34 | Recaudo SGP Capital Salud | 900298372-9 | 91.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 91.700 | 3 |
| ESSC24 | EPS-S Coosalud | 900226715-3 | 4.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 4.200 | 1 |
| ESSC91 | EPS ECOOPSOS S.A.S | 901093846-0 | 66.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 66.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 421.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 421.600 | 8 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 618.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 618.800 | 9 |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 240.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 240.000 | 2 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 80.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 527.900 | | | | 527.900 | 0 | 0 | 527.900 | | | 5.279 | 527.900 | 20 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 85.400 | 0 | 0 | 85.400 | 20 |

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 | 901561860-2 | SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS | | CL 68G SUR 49D 52 | 6019332997 | soluciones.integralesmetro2@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | C – MIPYME | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 20 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-01 | 2022-12 | E | 12/01/2023 | 64736083 | $3.143.600 | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 42.700 | 0 | 0 | 42.700 | 20 |
| ICBF | | | | |
| 64.500 | 0 | 0 | 64.500 | 20 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 8 | 1.062.700 | 1.062.700 |
| Pensión | 4 | 1.360.400 | 1.360.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 527.900 | 527.900 |
| CCF | 1 | 85.400 | 85.400 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 1 | 64.500 | 64.500 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 1 | 42.700 | 42.700 |
| **TOTALES** | 16 | 3.143.600 | 3.143.600 |

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 |
| NI | 901561860-2 | SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS | | CL 68G SUR 49D 52 | 6019332997 | soluciones.integralesmetro2@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | C – MIPYME | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 20 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-01 | 2022-12 | E | 12/01/2023 | 64736083 | $3.143.600 | |

## 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 | Estudiante | 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 | 1007782610 | DIMATE FORERO JOHAN SEBASTIAN | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 200.000 | 32.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPSC34 | 200.000 | 25.000 | 14-11 | 200.000 | 5 | 14.000 | CCF24 | 200.000 | 2.000 | 200.000 | 1.000 | 1.500 | 0 | 0 |
| 2 | CC | 1022990645 | BARAJAS FARFAN YUDY PAOLA | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.000.000 | 125.000 | 14-11 | 1.000.000 | 1 | 5.300 | CCF24 | 1.000.000 | 10.000 | 1.000.000 | 5.000 | 7.500 | 0 | 0 |
| 3 | CC | 1023866535 | PRIETO ZAMUDIO ANDERSON STEVEN | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 4 | CC | 1024517223 | PEREZ FLOREZ JOSE ALEJANDRO | 1 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.000.000 | 125.000 | 14-11 | 1.000.000 | 5 | 69.600 | CCF24 | 1.000.000 | 10.000 | 1.000.000 | 5.000 | 7.500 | 0 | 0 |
| 5 | CC | 1024532105 | VELANDIA GONZALEZ JULIAN | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 6 | CC | 1028661554 | LUGO NIETO SEBASTIAN CAMILO | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 33.334 | 5.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPSC34 | 33.334 | 4.200 | 14-11 | 33.334 | 5 | 2.400 | CCF24 | 33.334 | 400 | 33.334 | 200 | 300 | 0 | 0 |
| 7 | CC | 1032362568 | CHAPARRO SALAMANCA CARLOS ARMANDO | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 8 | CC | 1033735610 | RAMIREZ MARTINEZ LUIS ALBERTO | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 233.334 | 37.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 233.334 | 29.200 | 14-11 | 233.334 | 5 | 16.300 | CCF24 | 233.334 | 2.400 | 233.334 | 1.200 | 1.800 | 0 | 0 |
| 9 | CC | 1033751411 | VILLA RAMIREZ CARLOS ENRIQUE | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 10 | CC | 1073518844 | RUIZ MONTAÑO GIANMARCO | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 200.000 | 32.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 200.000 | 25.000 | 14-11 | 200.000 | 5 | 14.000 | CCF24 | 200.000 | 2.000 | 200.000 | 1.000 | 1.500 | 0 | 0 |
| 11 | CC | 1073534789 | ESPAÑA PEREZ JUAN SEBASTIAN | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 233.334 | 37.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 233.334 | 29.200 | 14-11 | 233.334 | 5 | 16.300 | CCF24 | 233.334 | 2.400 | 233.334 | 1.200 | 1.800 | 0 | 0 |
| 12 | CC | 1073723863 | ACEVEDO ARIAS WILMER ERNEY | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 13 | CC | 1149452447 | MARTINEZ BARRANTES GERMAN YESID | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 14 | CC | 4437767 | OVALLE CARLOS JULIO | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 15 | CC | 80880058 | GONZALEZ CESPEDES JAVIER ANTONIO | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 16 | CC | 91301990 | MORALES CASTELLANOS JOHN JAHIR | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 17 | PE | 838709319061 978 | QUIARO MORENO YIMI ANGEL | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 500.000 | 80.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPSC34 | 500.000 | 62.500 | 14-11 | 500.000 | 5 | 34.800 | CCF24 | 500.000 | 5.000 | 500.000 | 2.500 | 3.800 | 0 | 0 |
| 18 | PT | 5240055 | ASCANIO OLIVA ELIEZER ORLANDO | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 33.334 | 5.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | ESSC24 | 33.334 | 4.200 | 14-11 | 33.334 | 5 | 2.400 | CCF24 | 33.334 | 400 | 33.334 | 200 | 300 | 0 | 0 |
| 19 | PT | 6441647 | PEÑA SANCHEZ CARLOS JAVIER | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 533.334 | 85.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | ESSC91 | 533.334 | 66.700 | 14-11 | 533.334 | 5 | 37.200 | CCF24 | 533.334 | 5.400 | 533.334 | 2.700 | 4.000 | 0 | 0 |
| 20 | PT | 7062715 | SUAREZ LISCANO ALEXANDER JOHAN | 1 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 33.334 | 5.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 33.334 | 4.200 | 14-11 | 33.334 | 5 | 2.400 | CCF24 | 33.334 | 400 | 33.334 | 200 | 300 | 0 | 0 |

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

# Anexo SST-16 - Entrega de EPP

## SOLUCIONES INTEGRALES M [2]

### ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:25/1/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

| Cantidad | Unidad | Descripción | Talla | Color | Marca |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Par | Botas punta de acero | 40 | Negro | Max-t |
| 1 | 1 | Guantes carnaza | L | Negro | Genérico |
| 1 | 1 | Chaqueta | 32 | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Casco | M | Amarillo | Stem |
| 1 | 1 | Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Gafas protectoras | M | | 3M |
| 1 | 1 | Mascarilla KN95 | M | | 3M |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**El trabajador manifiesta que:**

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

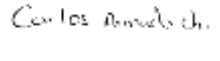
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:



YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:



CARLOS ARMANDO CHAPARRO SALAMANCA
C.C 1032362568

## SOLUCIONES INTEGRALES M 2

### ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:20/1/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

| Cantidad | Unidad | Descripción | Talla | Color | Marca |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Par | Botas punta de acero | 38 | Negro | Max-t |
| 1 | 1 | Guantes carnaza | M | Negro | Genérico |
| 1 | 1 | Camisa | XL | Roja | Delta |
| 1 | 1 | Casco | M | Amarillo | Stem |
| 1 | 1 | Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Gafas protectoras | M | | 3M |
| 1 | 1 | Mascarilla KN95 | M | | 3M |
| 1 | 1 | Pantalon | 34 | Jeans | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**El trabajador manifiesta que:**

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

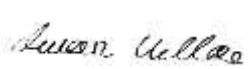
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:



YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:



DUVAN ANDRES HERNANDEZ VILLA
CC 1006122822

# ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha: 16 DE ENERO 2022
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

| Cantidad | Unidad | Descripción | Talla | Color | Marca |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Par | Botas punta de acero | 38 | Negro | Max-t |
| 1 | 1 | Guantes carnaza | M | Negro | Genérico |
| 1 | 1 | Camisa | M | IDU | Delta |
| 1 | 1 | Casco | M | Amarillo | Stem |
| 1 | 1 | Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Gafas protectoras | M | | 3M |
| 1 | 1 | Mascarilla KN95 | M | | 3M |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**El trabajador manifiesta que:**
La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:

LEIDI CASTAÑEDA
Gestión Humana

Recibido por:

Wilson Salamanca
WILSON IGNACIO SALAMANCA GONZALEZ
C.C.1.014.178.330



Scanned by TapScanner

## SOLUCIONES INTEGRALES M 2

### ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:20/1/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

| Cantidad | Unidad | Descripción | Talla | Color | Marca |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Par | Botas punta de acero | 39 | Negro | Max-t |
| 1 | 1 | Guantes carnaza | M | Negro | Genérico |
| 1 | 1 | Camisa | XL | Roja | Delta |
| 1 | 1 | Casco | M | Amarillo | Stem |
| 1 | 1 | Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Gafas protectoras | M | | 3M |
| 1 | 1 | Mascarilla KN95 | M | | 3M |
| 1 | 1 | Pantalon | 34 | Jeans | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**El trabajador manifiesta que:**

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

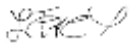
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:



YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:



YEFREY SNEIDER PEREZ ORTIZ
CC 1057602681

## SOLUCIONES INTEGRALES M [2]

### ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:25/1/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

| Cantidad | Unidad | Descripción | Talla | Color | Marca |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Par | Botas punta de acero | 40 | Negro | Max-t |
| 1 | 1 | Guantes carnaza | L | Negro | Genérico |
| 1 | 1 | Chaqueta | 32 | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Casco | M | Amarillo | Stem |
| 1 | 1 | Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Gafas protectoras | M | | 3M |
| 1 | 1 | Mascarilla KN95 | M | | 3M |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**El trabajador manifiesta que:**

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

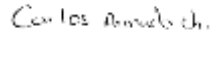
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:



YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:



CARLOS ARMANDO CHAPARRO SALAMANCA
C.C 1032362568

## SOLUCIONES INTEGRALES M [2]

### ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:30/1/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

| Cantidad | Unidad | Descripción | Talla | Color | Marca |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Par | Botas punta de acero | 40 | Negro | Max-t |
| 1 | 1 | Guantes carnaza | L | Negro | Genérico |
| 1 | 1 | Chaqueta | 32 | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Casco | M | Amarillo | Stem |
| 1 | 1 | Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Gafas protectoras | M | | 3M |
| 1 | 1 | Mascarilla KN95 | M | | 3M |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**El trabajador manifiesta que:**

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:



YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:



DIEGO ALONSO ROJAS ROMERO
C.C 1013589644

## SOLUCIONES INTEGRALES M 2

### ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:17/1/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

| Cantidad | Unidad | Descripción | Talla | Color | Marca |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Par | Botas punta de acero | 41 | Negro | Max-t |
| 1 | 1 | Guantes carnaza | M | Negro | Genérico |
| 1 | 1 | Chaqueta | L | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Casco | M | Amarillo | Stem |
| 1 | 1 | Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Gafas protectoras | M | | 3M |
| 1 | 1 | Mascarilla KN95 | M | | 3M |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**El trabajador manifiesta que:**

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:

YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:

LUIS CARLOS PEREZ RODRIGUEZ
CC 19107699

## SOLUCIONES INTEGRALES M 2

### ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:17/1/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

| Cantidad | Unidad | Descripción | Talla | Color | Marca |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Par | Botas punta de acero | 40 | Negro | Max-t |
| 1 | 1 | Guantes carnaza | M | Negro | Genérico |
| 1 | 1 | Chaqueta | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Casco | M | Amarillo | Stem |
| 1 | 1 | Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Gafas protectoras | M | | 3M |
| 1 | 1 | Mascarilla KN95 | M | | 3M |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**El trabajador manifiesta que:**

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

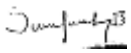
Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:



YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:



SERGIO NAVARRETE BOLIVAR
CC 1000778186

## SOLUCIONES INTEGRALES M 2

### ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:17/1/23
Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

| Cantidad | Unidad | Descripción | Talla | Color | Marca |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Par | Botas punta de acero | 38 | Negro | Max-t |
| 1 | 1 | Guantes carnaza | M | Negro | Genérico |
| 1 | 1 | Chaqueta | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Casco | M | Amarillo | Stem |
| 1 | 1 | Protectores Auditivos EP-101 Tipo Copa Rojo | M | Rojos | Delta |
| 1 | 1 | Gafas protectoras | M | | 3M |
| 1 | 1 | Mascarilla KN95 | M | | 3M |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**El trabajador manifiesta que:**

La dotación que a aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de forma inmediata.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

Autorizo expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelva al empleador.

Entregado por:

YUDY PAOLA BARAJAS
Gestión Humana

Recibido por:

JOSE STEVEN QUINTERO RAMIREZ
CC 1000126107

SIGMA

# FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

VERSION: 0

23/01/2023

SST-FR-11

NOMBRE EMPLEADO: ISI DRO ANTONIO GOMEZ CARGO: AYUDANTE DE OBRA C CEDULA: 71.353.005

| FECHA | CASCO | GAFAS | | PROT. RESP. | PROT. AUDT. | GUANTES | BOTAS | | CAMISA PANTALON | CAPA IMPERM. | CINT. SEG. | CARNET | OTROS | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | OSC. | BLA. | | | | CR. | CCHO | | | | | | |
| 23-01-2023 | X | X | | X | X | X | X | | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

## COMPROMISO DEL TRABAJADOR

ME COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

Powered by CamScanner

SIGMA

# FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

VERSION: 0

25/10/2021

SST-FR-11

NOMBRE EMPLEADO: JHOAN SEBASTIAN CRUZ CARGO: AYUDANTE DE OBRA C CEDULA: 1'014.269.049

| FECHA | CASCO | GAFAS | | PROT. RESP. | PROT. AUDT. | GUANTES | BOTAS | | CAMISA PANTALON | CAPA IMPERM. | CINT. SEG. | CARNET | OTROS | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | OSC. | BLA. | | | | CR. | CCHO | | | | | | |
| 23-01-2023 | X | X | | X | X | X | X | | Y | / | | X | | Sebas Cruz |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

## COMPROMISO DEL TRABAJADOR

ME COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

Powered by CamScanner

SIGMA

# FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

VERSION 0

25/01/2023

SST-FR-11

NOMBRE EMPLEADO: CESAR AUGUSTO CHAVEZ YAÑEZ CARGO: OFICIAL DE OBRA C CEDULA: 79'925-284

| FECHA | CASCO | GAFAS OSC. | GAFAS BLA. | PROT. RESP. | PROT. AUDT. | GUANTES | BOTAS CR. | BOTAS CCHO | CAMISA PANTALON | CAPA IMPERM. | CINT. SEG. | CARNET | OTROS | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23-01-2023 | X | X | | X | X | X | X | | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

## COMPROMISO DEL TRABAJADOR

ME COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

Powered by CamScanner

SIGMA

# FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

VERSION 2

NOMBRE EMPLEADO: EDWIN JOSE HENAO GALVIS CARGO: AYUDANTE DE OBRA C CEDULA: 1.020.821.727

| FECHA | CASCO | GAFAS OSC. | GAFAS BLA. | PROT. RESP. | PROT. AUDT. | GUANTES | BOTAS CR. | BOTAS CCHO | CAMISA PANTALON | CAPA IMPERM. | CINT. SEG. | CARNET | OTROS | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23-01-2023 | X | X | | X | X | X | X | | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

## COMPROMISO DEL TRABAJADOR

ME COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

Powered by CamScanner

SIGMA

# FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

NOMBRE EMPLEADO: JIMMY GERARDO GARCIA SANABRIA CARGO: OFICIAL DE OBRA C CEDULA: 80 114.333

| FECHA | CASCO | GAFAS | | PROT. RESP. | PROT. AUDT. | GUANTES | BOTAS | | CAMISA PANTALON | CAPA IMPERM. | CINT. SEG. | CARNET | OTROS | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | OSC. | BLA. | | | | CR. | CCHO | | | | | | |
| 23-01-2023 | X | X | | X | X | X | X | | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

## COMPROMISO DEL TRABAJADOR

MI COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

Powered by CamScanner

SIGMA

CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES

# FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

VERSION: 0

25/10/2021

SST-FR-11

NOMBRE EMPLEADO: ROMEL ORLANDO GARCIA CARGO: AYUDANTE DE OBRA C CEDULA: 79'651.166

| FECHA | CASCO | GAFAS | | PROT. RESP. | PROT. AUDT. | GUANTES | BOTAS | | CAMISA PANTALON | CAPA IMPERM. | CINT. SEG. | CARNET | OTROS | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | OSC. | BLA. | | | | CR. | CCHO | | | | | | |
| 23-01-2023 | X | X | | X | X | X | X | | X | | | X | | Romel GARCIA |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

## COMPROMISO DEL TRABAJADOR

ME COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

Powered by CamScanner

SIGMA

# FORMATO CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION Y DOTACION

VERSION: 0
25/10/2021
SST-FR-11

NOMBRE EMPLEADO: CARLOS ALBERTO BERNAL CARGO: AYUDANTE ENTENDIDO C CEDULA: 80176211 73

| FECHA | CASCO | GAFAS OSC. | GAFAS BLA. | PROT. RESP. | PROT. AUDT. | GUANTES | BOTAS CR. | BOTAS CCHO | CAMISA PANTALON | CAPA IMPERM. | CINT. SEG. | CARNET | OTROS | FIRMA TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17-01-2023 | X | | X | X | X | X | X | | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

## COMPROMISO DEL TRABAJADOR

ME COMPROMETO AL MOMENTO DE RECIBIR EL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL Y/O DOTACION , USARLO EN TODO MOMENTO DURANTE MI JORNADA LABORAL Y HACER UN USO ADECUADO DE ESTE. DE IGUAL FORMA A SOLICITAR LA REPOSICION DEL ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADO EL ANTERIOR DEMOSTRANDO SU DETERIORO .

| FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO | **Fecha:** ENERO 18/20223 |
|---|---|
| | **Versión:** 01 |
| | Pagina 1 de 1 |

| dd | mm | aaaa |
|---|---|---|
| 18 | 1 | 2023 |

**DATOS DEL FUNCIONARIO**

Nombre: CARLOS STIVEN GUTIERREZ GUEPE C.C. 1,083,022,967

Cargo: Proceso: OPERATIVO

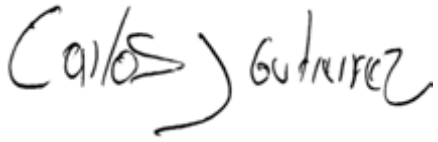
**DOTACIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Botas | 1 | Talla | 40 |
| Overol | N/A | Talla | N/A |
| Pantalón | 2 | Talla | 34 |
| Camisa | 2 | Talla | L |
| Buzo | NO | Talla | NO |

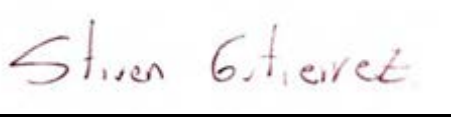
**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Protector Auditivo Tipo Tapón | 1 | Protector Auditivo Tipo Orejera | |
| Bota de Cuero con Puntera en Acero | 1 | Bota de Cuero con Puntera Dieléctrica | |
| Bota de Cuero sin Puntera en Acero | | Botas Impermeables con Puntera Acero | |
| Bota Impermeables sin Puntera | | Gafas de Seguridad | 1 |
| Guantes Hilo y PVC | 1 | Guantes en Carnaza | 1 |
| Guantes Dieléctricos | | Guantes para Soldador | |
| Careta para Esmerilar | | Careta para Soldar | |
| Tapabocas Prehormado | | Respirador Contra Gases y Vapores | 1 |
| Casco | 1 | Barbuquejo | 1 |
| Delantal de Carnaza | | Poncho en PVC con Capucha | |

**FIRMAS**



ENTREGA



RECIBE

| FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO | **Fecha:** ENERO 19/20223 |
|---|---|
| | **Versión:** 01 |
| | Pagina 1 de 1 |

| dd | mm | aaaa |
|---|---|---|
| 19 | 1 | 2023 |

**DATOS DEL FUNCIONARIO**

Nombre: GERLEN OSORIO VILLALOBO C.C. 1,006,855,890

Cargo: Proceso: OPERATIVO

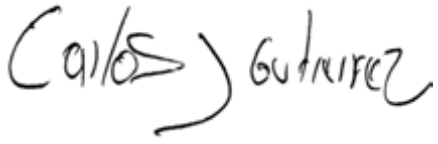
**DOTACIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Botas | 1 | Talla | 40 |
| Overol | N/A | Talla | N/A |
| Pantalón | 2 | Talla | 34 |
| Camisa | 2 | Talla | L |
| Buzo | NO | Talla | NO |

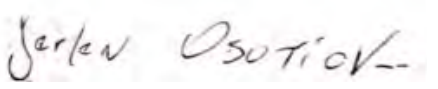
**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Protector Auditivo Tipo Tapón | 1 | Protector Auditivo Tipo Orejera | |
| Bota de Cuero con Puntera en Acero | 1 | Bota de Cuero con Puntera Dieléctrica | |
| Bota de Cuero sin Puntera en Acero | | Botas Impermeables con Puntera Acero | |
| Bota Impermeables sin Puntera | | Gafas de Seguridad | 1 |
| Guantes Hilo y PVC | 1 | Guantes en Carnaza | 1 |
| Guantes Dieléctricos | | Guantes para Soldador | |
| Careta para Esmerilar | | Careta para Soldar | |
| Tapabocas Prehormado | | Respirador Contra Gases y Vapores | 1 |
| Casco | 1 | Barbuquejo | 1 |
| Delantal de Carnaza | | Poncho en PVC con Capucha | |

**FIRMAS**



ENTREGA



RECIBE

| FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO | **Fecha:** ENERO 19/ 2023 |
|---|---|
| | **Versión:** 01 |
| | Pagina 1 de 1 |

| dd | mm | aaaa |
|---|---|---|
| 19 | 1 | 2023 |

**DATOS DEL FUNCIONARIO**

Nombre: JESUS PARRA PEREZ C.C. 79,555,362

Cargo: Proceso: OPERATIVO

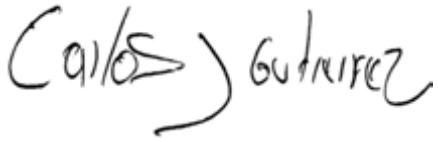
**DOTACIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Botas | 1 | Talla | 40 |
| Overol | N/A | Talla | N/A |
| Pantalón | 2 | Talla | 34 |
| Camisa | 2 | Talla | L |
| Buzo | NO | Talla | NO |

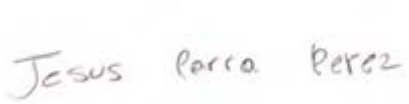
**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Protector Auditivo Tipo Tapón | 1 | Protector Auditivo Tipo Orejera | |
| Bota de Cuero con Puntera en Acero | 1 | Bota de Cuero con Puntera Dieléctrica | |
| Bota de Cuero sin Puntera en Acero | | Botas Impermeables con Puntera Acero | |
| Bota Impermeables sin Puntera | | Gafas de Seguridad | 1 |
| Guantes Hilo y PVC | 1 | Guantes en Carnaza | 1 |
| Guantes Dieléctricos | | Guantes para Soldador | |
| Careta para Esmerilar | | Careta para Soldar | |
| Tapabocas Prehormado | | Respirador Contra Gases y Vapores | 1 |
| Casco | 1 | Barbuquejo | 1 |
| Delantal de Carnaza | | Poncho en PVC con Capucha | |

**FIRMAS**



ENTREGA



RECIBE

| FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO | **Fecha:** ENERO 19/ 2023 |
|---|---|
| | **Versión:** 01 |
| | Pagina 1 de 1 |

| dd | mm | aaaa |
|---|---|---|
| 19 | 1 | 2023 |

**DATOS DEL FUNCIONARIO**

Nombre: JOSE MANUEL RAMIREZ BARBOSA C.C. 348,412

Cargo: Proceso: OPERATIVO

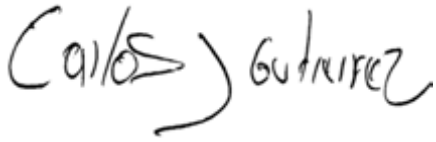
**DOTACIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Botas | 1 | Talla | 40 |
| Overol | N/A | Talla | N/A |
| Pantalón | 2 | Talla | 34 |
| Camisa | 2 | Talla | L |
| Buzo | NO | Talla | NO |

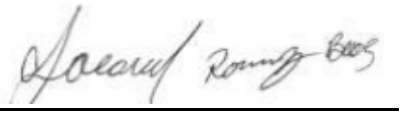
**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Protector Auditivo Tipo Tapón | 1 | Protector Auditivo Tipo Orejera | |
| Bota de Cuero con Puntera en Acero | 1 | Bota de Cuero con Puntera Dieléctrica | |
| Bota de Cuero sin Puntera en Acero | | Botas Impermeables con Puntera Acero | |
| Bota Impermeables sin Puntera | | Gafas de Seguridad | 1 |
| Guantes Hilo y PVC | 1 | Guantes en Carnaza | 1 |
| Guantes Dieléctricos | | Guantes para Soldador | |
| Careta para Esmerilar | | Careta para Soldar | |
| Tapabocas Prehormado | | Respirador Contra Gases y Vapores | 1 |
| Casco | 1 | Barbuquejo | 1 |
| Delantal de Carnaza | | Poncho en PVC con Capucha | |

**FIRMAS**



ENTREGA



RECIBE

| FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO | **Fecha:** ENERO 19/2022 |
|---|---|
| | **Versión:** 01 |
| | Pagina 1 de 1 |

| dd | mm | aaaa |
|---|---|---|
| 19 | 1 | 2022 |

**DATOS DEL FUNCIONARIO**

Nombre: JUSTO OYOLA C.C. 14,228,112

Cargo: Proceso: OPERATIVO

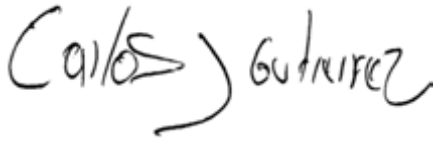
**DOTACIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Botas | 1 | Talla | 40 |
| Overol | N/A | Talla | N/A |
| Pantalón | 2 | Talla | 34 |
| Camisa | 2 | Talla | L |
| Buzo | NO | Talla | NO |

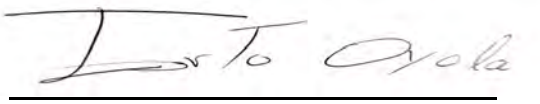
**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Protector Auditivo Tipo Tapón | 1 | Protector Auditivo Tipo Orejera | |
| Bota de Cuero con Puntera en Acero | 1 | Bota de Cuero con Puntera Dieléctrica | |
| Bota de Cuero sin Puntera en Acero | | Botas Impermeables con Puntera Acero | |
| Bota Impermeables sin Puntera | | Gafas de Seguridad | 1 |
| Guantes Hilo y PVC | 1 | Guantes en Carnaza | 1 |
| Guantes Dieléctricos | | Guantes para Soldador | |
| Careta para Esmerilar | | Careta para Soldar | |
| Tapabocas Prehormado | | Respirador Contra Gases y Vapores | 1 |
| Casco | 1 | Barbuquejo | 1 |
| Delantal de Carnaza | | Poncho en PVC con Capucha | |

**FIRMAS**



ENTREGA



RECIBE

| FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO | **Fecha:** ENERO 18/ 2023 |
|---|---|
| | **Versión:** 01 |
| | Pagina 1 de 1 |

| dd | mm | aaaa |
|---|---|---|
| 18 | 1 | 2023 |

**DATOS DEL FUNCIONARIO**

Nombre: ADEMIR ANGULO ORELLANO C.C. 79,682,771

Cargo: Proceso: OPERATIVO

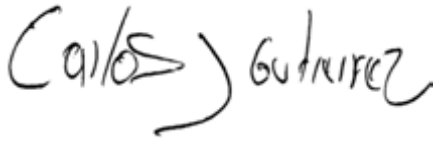
**DOTACIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Botas | 1 | Talla | 40 |
| Overol | N/A | Talla | N/A |
| Pantalón | 2 | Talla | 34 |
| Camisa | 2 | Talla | L |
| Buzo | NO | Talla | NO |

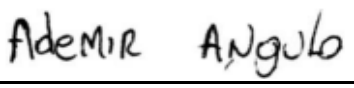
**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Protector Auditivo Tipo Tapón | 1 | Protector Auditivo Tipo Orejera | |
| Bota de Cuero con Puntera en Acero | 1 | Bota de Cuero con Puntera Dieléctrica | |
| Bota de Cuero sin Puntera en Acero | | Botas Impermeables con Puntera Acero | |
| Bota Impermeables sin Puntera | | Gafas de Seguridad | 1 |
| Guantes Hilo y PVC | 1 | Guantes en Carnaza | 1 |
| Guantes Dieléctricos | | Guantes para Soldador | |
| Careta para Esmerilar | | Careta para Soldar | |
| Tapabocas Prehormado | | Respirador Contra Gases y Vapores | 1 |
| Casco | 1 | Barbuquejo | 1 |
| Delantal de Carnaza | | Poncho en PVC con Capucha | |

**FIRMAS**



ENTREGA



RECIBE

# Anexo SST-17 - Control Personal Contratista

| PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA | | | | NIT - 813.008.120 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | ESTADO | NOMBRE | CEDULA | CARGO | AFILIACIONES | | | | EPP | CURSO DE ALTURAS | EXAMEN MEDICO | | | |
| | | | | | EPS | ARL | AFP | CCF | | FECHA | FECHA VENCIMIENTO | DIAS FALTANTES | ESTADO | CONCEPTO |
| 1 | ACTIVO | SANDRA MILENA HORMAZA LOZANO | 52.382.758 | DIRECTOR DE OBRA | COMPENSAR | BOLIVAR | PROTECCIÓN | CAFAM | X | NO | 28-nov-23 | 293 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 2 | ACTIVO | BRAYAN STIVEN FORERO AYALA | 1.022.385.179 | PROFESIONAL DE COSTOS | COMPENSAR | BOLIVAR | PORVENIR | CAFAM | X | NO | 10-ago-23 | 183 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 3 | ACTIVO | OMAR CAMILO LOPEZ SANCHEZ | 79.744.779 | RESIDENTE DE OBRA | COMPENSAR | BOLIVAR | PORVENIR | CAFAM | X | NO | 28-oct-23 | 262 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 4 | ACTIVO | CAMILO ANDRES RUBIO GALINDO | 79.838.555 | REDIDENTE DE OBRA | SALUD TOTAL | BOLIVAR | PORVENIR | CAFAM | X | NO | 12-ene-24 | 338 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 5 | ACTIVO | FABIAN TOCUA PINZON | 1.022.958.693 | TECNICO SST | FAMISANAR | BOLIVAR | PROTECCIÓN | CAFAM | X | NO | 4-ene-24 | 330 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 6 | ACTIVO | LUIS CARLOS TOVAR JIMENEZ | 1.018.510.121 | RESIDENTE ADMINISTRATIVO | SURA | BOLIVAR | PORVENIR | CAFAM | X | NO | 28-oct-23 | 262 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 7 | ACTIVO | KATERIN ROXET PAOLA MENDOZA SANTANA | 1.026.289.544 | PROFESIONAL AMBIENTAL | SANITAS | BOLIVAR | PORVENIR | CAFAM | X | NO | 20-ago-23 | 193 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 8 | ACTIVO | JUAN FERNANDO PEDREROS DIAZ | 12.198.058 | INSPECTOR DE OBRA | SALUD TOTAL | BOLIVAR | COLPENSIONES | CAFAM | X | NO | 28-oct-23 | 262 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 9 | ACTIVO | LIZETH VANESSA ROZO RIVERA | 1.026.280.172 | INSPECTOR DE OBRA | SANITAS | BOLIVAR | PORVENIR | CAFAM | X | NO | 12-oct-23 | 246 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 10 | ACTIVO | JEFERSON ARNULFO LOAIZA RODRIGUEZ | 1.013.590.546 | INSPECTOR DE OBRA | COMPENSAR | BOLIVAR | COLFONDOS | CAFAM | X | NO | 12-ene-24 | 338 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 11 | ACTIVO | CIRO ANTONIO MELO RINCON | 80.116.087 | INSPECTOR DE OBRA | SALUD TOTAL | BOLIVAR | COLPENSIONES | CAFAM | X | NO | 20-ene-24 | 346 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 12 | ACTIVO | DUBAR DAVIANNY CASTRO PIRACOCA | 1.023.021.403 | TECNICO SST | COMPENSAR | BOLIVAR | COLPENSIONES | CAFAM | X | NO | 24-oct-23 | 258 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 13 | ACTIVO | SAID ALONSO JULIO RUIZ | 1.024.522.732 | TECNICO SST | COMPENSAR | BOLIVAR | PORVENIR | CAFAM | X | NO | 18-nov-23 | 283 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 14 | ACTIVO | VALENTINA PORTILLA GARZON | 1.033.792.061 | TECNICO SST | FAMISANAR | BOLIVAR | PORVENIR | CAFAM | | NO | 24-ene-24 | 350 | Válido | APTO PARA EL CARGO |

| SIGMA SYC | | | | NIT - 901.378.317 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | ESTADO | NOMBRE | CEDULA | CARGO | AFILIACIONES | | | | EPP | CURSO DE ALTURAS | | | EXAMEN MEDICO | | | |
| | | | | | EPS | ARL | AFP | CCF | | FECHA VENCIMIENTO | DIAS FALTANTES | ESTADO | FECHA VENCIMIENTO | DIAS FALTANTES | ESTADO | CONCEPTO |
| 1 | ACTIVO | JORGE ALBERTO GARCIA MORENO | 3.185.737 | OFICIAL DE OBRA | FAMISANAR | POSITIVA | PORVENIR | COMPENSAR | X | 13-ene-24 | 339 | Válido | 14-ene-24 | 340 | Válido | APTO ALTURAS |
| 2 | ACTIVO | ARISTOBULO GARCIA SANTAMARIA | 79.970.576 | AYUDANTE DE OBRA | COMPENSAR | POSITIVA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 14-ene-24 | 340 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 3 | ACTIVO | FLORENTINO RAVELO ESTEPA | 11.441.077 | MAESTRO DE OBRA | FAMISANAR | POSITIVA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 14-ene-24 | 340 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 4 | ACTIVO | LUIS HUMBERTO CRUZ PEREZ | 79.111.763 | OFICIAL DE OBRA | SALUD TOTAL | POSITIVA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 14-ene-24 | 340 | Válido | APTO PARA TRABAJAR BAJO RECOMENDACIONES |
| 5 | RETIRADO | JEAN CARLOS ANGEL MARTINEZ | 1.124.043.203 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | POSITIVA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 17-ene-24 | 343 | Válido | APTO ALTURAS |
| 6 | ACTIVO | KEVIN MIGUEL DEL VILLAR | 1.026.308.988 | AYUDANTE DE OBRA | CAPITAL SALUD | POSITIVA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | 16-ene-24 | 342 | Válido | 14-ene-24 | 340 | Válido | APTO ALTURAS |
| 7 | ACTIVO | MIGUEL DEL VILLAR MERCADO | 79.681.780 | MAESTRO DE OBRA | SALUD TOTAL | POSITIVA | COLFONDOS | COMPENSAR | X | 14-ene-24 | 340 | Válido | 14-ene-24 | 340 | Válido | APTO ALTURAS |
| 8 | ACTIVO | OSCAR OBDULIO GUERRERO CORTES | 1.024.467.174 | AYUDANTE DE OBRA | SALUD TOTAL | POSITIVA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 14-ene-24 | 340 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 9 | ACTIVO | SERGIO ALEAN CAVANZO | 80.822.373 | SOLDADOR | FAMISANAR | POSITIVA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 15-oct-23 | 249 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 10 | ACTIVO | EDWIN JOSE HENAO GALVIS | 1.077.871.727 | AYUDANTE DE OBRA | COMPENSAR | POSITIVA | COLPENSIONES | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 21-ene-24 | 347 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 11 | ACTIVO | ISIDRO ANTONIO GOMEZ GOMEZ | 19.353.005 | AYUDANTE DE OBRA | NUEVA EPS | POSITIVA | COLPENSIONES | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 21-ene-24 | 347 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 12 | ACTIVO | JHOAN SEBASTIAN CRUZ CASTRO | 1.014.269.049 | AYUDANTE DE OBRA | SALUD TOTAL | POSITIVA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 21-ene-24 | 347 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 13 | ACTIVO | JIMMY GARCIA SANABRIA | 80.114.333 | OFICIAL DE OBRA | SANITAS | POSITIVA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 21-ene-24 | 347 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 14 | ACTIVO | ROMEL ORLANDO GARCIA | 79.651.166 | AYUDANTE DE OBRA | COMPENSAR | POSITIVA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 21-ene-24 | 347 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 15 | ACTIVO | CESAR AUGUSTO CHAVEZ YAÑEZ | 79.925.284 | OFICIAL DE OBRA | SANITAS | POSITIVA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 17-ene-24 | 343 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 16 | ACTIVO | CARLOS ALBERTO BERNAL BENAVIDEZ | 80.762.173 | OFICIAL DE OBRA | SALUD TOTAL | POSITIVA | COLFONDOS | COMPENSAR | X | 14/01/2024 | 340 | Válido | 14-ene-24 | 340 | Válido | APTO PARA EL CARGO |

| SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS | | | | NIT- 901561860 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | ESTADO | NOMBRE | CEDULA | CARGO | AFILIACIONES | | | | EPP | CURSO DE ALTURAS | EXAMEN MEDICO | | | |
| | | | | | EPS | ARL | AFP | CCF | | FECHA | FECHA | DIAS FALTANTES | ESTADO | CONCEPTO |
| 1 | ACTIVO | JOSE ALEJANDRO PEREZ FLOREZ | 1.024.517.223 | INGENIERO DE OBRA | COMPENSAR | SURA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | 14-mar-23 | 34 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 2 | ACTIVO | JHON ALEXANDER SILVA PEREZ | 79.999.319 | AYUDANTE DE OBRA | COMPENSAR | SURA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | 17-ene-24 | 343 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 3 | ACTIVO | SERGIO NAVARRETE | 1.000.778.186 | AYUDANTE DE OBRA | CAPITAL SALUD | SURA | PROTECCIÓN | NO APLICA | X | NO | 19-mar-23 | 39 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 4 | ACTIVO | WILMER ERNEY ACEVEDO ARIAS | 1.073.723.863 | AYUDANTE DE OBRA | SALUD TOTAL | SURA | PORVENIR | NO APLICA | X | NO | 21-sep-23 | 225 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 5 | ACTIVO | WILSON SALAMANCA GONZALEZ | 1.014.178.330 | OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN | FAMISANAR | SURA | PORVENIR | NO APLICA | X | NO | 19-abr-23 | 70 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 6 | ACTIVO | CARLOS ENRIQUE VILLA RAMIREZ | 1.033.751.411 | AYUDANTE DE OBRA | SANITAS | SURA | PORVENIR | NO APLICA | X | NO | 17-ene-24 | 343 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 7 | ACTIVO | DUVAN ANDRES VILLA HERNANDEZ | 1.006.122.822 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PORVENIR | NO APLICA | X | NO | 19-ene-24 | 345 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 8 | ACTIVO | JOSE STEVEN QUINTERO RAMIREZ | 1.000.126.107 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | 30-mar-23 | 50 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 9 | ACTIVO | LUIS CARLOS PEREZ RODRIGUEZ | 19.107.699 | MAESTRO DE OBRA | SANITAS | SURA | NO APLICA | NO APLICA | X | NO | 14-mar-23 | 34 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 10 | ACTIVO | YEFREY SNEYDER PEREZ ORTIZ | 1.057.602.681 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | COLFONDOS | NO APLICA | X | NO | 19-ene-24 | 345 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 11 | ACTIVO | JESUS SIMEON LOPEZ ENRIQUEZ | 12.973.153 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PROTECCIÓN | NO APLICA | X | NO | 7-jul-23 | 149 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 12 | ACTIVO | CARLOS ARMANDO CHAPARRO | 1.032.362.568 | ORNAMENTADOR | FAMISANAR | SURA | PROTECCIÓN | NO APLICA | X | NO | 18-oct-23 | 252 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 13 | ACTIVO | DIEGO ALONSO ROJAS ROMERO | 1.013.589.644 | OFICIAL DE CONSTRUCCIÓN | FAMISANAR | SURA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | 8-jul-23 | 150 | Válido | APTO PARA EL CARGO |

| CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ | | | | NIT - 79.209.739 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | ESTADO | NOMBRE | CEDULA | CARGO | AFILIACIONES | | | | EPP | CURSO DE ALTURAS | EXAMEN MEDICO | | | |
| | | | | | EPS | ARL | AFP | CCF | | FECHA | FECHA | DIAS FALTANTES | ESTADO | CONCEPTO |
| 1 | ACTIVO | ADEMIR ANGULO ORELLANO | 79.682.771 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | 17-ene-24 | 343 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 2 | ACTIVO | CARLOS STIVEN GUTIERREZ GUEPE | 1.083.022.967 | OFICIAL ELECTRICO | NUEVA EPS | SURA | COLPENSIONES | COMPENSAR | X | NO | 18-ene-24 | 344 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 3 | ACTIVO | GERLEN OSORIO VILLALOBO | 1.006.855.890 | AYUDANTE DE OBRA | NUEVA EPS | SURA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | 18-ene-24 | 344 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 4 | ACTIVO | JESUS PARRA PEREZ | 79.555.362 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | COLFONDOS | COMPENSAR | X | NO | 23-ene-24 | 349 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 5 | ACTIVO | JOSE MANUEL RAMIREZ | 348.412 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | 17-ene-24 | 343 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 6 | ACTIVO | JUSTO AYOLA | 14.228.112 | AYUDANTE DE OBRA | NUEVA EPS | SURA | COLPENSIONES | COMPENSAR | X | NO | 20-ene-24 | 346 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 7 | ACTIVO | MARCO ALFONSO MANRIQUE OROZCO | 12.630.396 | AYUDANTE DE OBRA | NUEVA EPS | SURA | COLPENSIONES | COMPENSAR | X | NO | 24-ene-24 | 350 | Válido | APTO PARA EL CARGO |

| STOR CONSTRUCCIONES SAS | | | | NIT - 901.448.807 | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | ESTADO | NOMBRE | CEDULA | CARGO | AFILIACIONES | | | | EPP | CURSO DE ALTURAS | | | EXAMEN MEDICO | | | |
| | | | | | EPS | ARL | AFP | CCF | | FECHA DE VENCIMIENTO | DIAS FALTANTES | ESTADO | VENCIMIENTO | DIAS FALTANTES | ESTADO | CONCEPTO |
| 1 | ACTIVO | JHON EIDER OSPINA VERGARA | 1.033.791.377 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 28-ene-24 | 354 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 2 | ACTIVO | BRAYAN STID FANDIÑO RODRIGUEZ | 1.010.188.178 | OFICIAL DE OBRA | NUEVA EPS | SURA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 30-ene-24 | 356 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 3 | ACTIVO | JAIME ALFONSO ZAPATA JARAMILLO | 1.019.006.887 | OFICIAL DE OBRA | COMPENSAR | SURA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 7-ene-24 | 333 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 4 | ACTIVO | MARYURY CAROLINA RIVERA VELASQUEZ | 1.090.441.631 | RESIDENTE OBRA | NUEVA EPS | SURA | PROTECCIÓN | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 20-ene-24 | 346 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 5 | ACTIVO | CRISTIAN DAVID TOBORDA JARAMILLO | 1.024.594.488 | AYUDANTE DE OBRA | SURA | SURA | COLFONDOS | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 7-ene-24 | 333 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 6 | ACTIVO | JHON DEIVER MENDOZA PLAZAS | 1.022.983.470 | OFICIAL DE OBRA | CAPITAL SALUD | SURA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 30-ene-24 | 356 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 7 | ACTIVO | IVAN ORLANDO RAMIREZ ALVAREZ | 1.024.579.272 | OFICIAL DE OBRA | SALUD TOTAL | SURA | COLFONDOS | COMPENSAR | X | 5-jun-23 | 117 | Válido | 21-nov-23 | 286 | Válido | APTO |
| 8 | ACTIVO | BRAYAN ALEJANDRO CARDOZO LEIVA | 1.001.272.517 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO APTO | NA | NA | 4-feb-24 | 361 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 9 | ACTIVO | JOHAN STIVEN RUIZ NEMOJON | 1.000.762.157 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 4-feb-24 | 361 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 10 | ACTIVO | JEAN PAUL RIVEROS RODRIGUEZ | 1.023.366.448 | AYUDANTE DE OBRA | COMPENSAR | SURA | PORVENIR | COMPENSAR | X | NO | NA | NA | 1-ene-24 | 327 | Válido | APTO PARA EL CARGO |

| D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN | | | | NIT - 901.653.885 | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | ESTADO | NOMBRE | CEDULA | CARGO | AFILIACIONES | | | | EPP | CURSO DE ALTURAS | | | EXAMEN MEDICO | | | |
| | | | | | EPS | ARL | AFP | CCF | | FECHA DE VENCIMIENTO | DIAS FALTANTES | ESTADO | VENCIMIENTO | DIAS FALTANTES | ESTADO | CONCEPTO |
| 1 | ACTIVO | HECTOR JULIO PARRA RAMIREZ | 1.069.230.045 | OFICIAL DE OBRA | COMPENSAR | SURA | PORVENIR | COLSUBSIDIO | X | NO | NA | NA | 2-feb-24 | 359 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 2 | ACTIVO | HECTOR LIBARDO DUCARA BEDOYA | 80.437.757 | OFICIAL DE OBRA | COMPENSAR | SURA | PROTECCIÓN | COLSUBSIDIO | X | 23-ene-24 | 349 | Válido | 23-ene-24 | 349 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 3 | ACTIVO | DANIEL FERNANDO ORTIZ SALAMANCA | 1.014.204.834 | GERENTE GENERAL | FAMISANAR | SURA | COLFONDOS | COLSUBSIDIO | X | NO | NA | NA | 2-feb-24 | 359 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 4 | ACTIVO | JOSE DOMINGO PARRA RAMIREZ | 3.125.421 | OFICIAL DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PORVENIR | COLSUBSIDIO | X | NO | NA | NA | 2-feb-24 | 359 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 5 | ACTIVO | MAURICIO CAMACHO REYES | 79.211.765 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PROTECCIÓN | COLSUBSIDIO | X | NO | NA | NA | 2-feb-24 | 359 | Válido | APTO PARA EL CARGO |
| 6 | ACTIVO | JERSON ALEXANDER VILLALBA GUARNIZO | 1.075.629.643 | AYUDANTE DE OBRA | FAMISANAR | SURA | PROTECCIÓN | COLSUBSIDIO | X | NO | NA | NA | 2-feb-24 | 359 | Válido | APTO PARA EL CARGO |

# Anexo SST-18 - Registro de charlas y capacitación

| | | |
|---|---|---|
| | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS |

TEMA: Cohesión y convivencia laboral.

MARCAR CON X

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | Inducción - Reinducción | TEMAS | Seguridad Industrial | DIRIGIDO | Gerencia, Directores, Administrativos |
| | X Capacitación Específica | | X Salud Ocupacional | | X Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copaso / Brigadistas |
| | Charla | | Técnicas Laborales | | X Contratistas |
| | | | Otros | | Otros |

LUGAR: Abastos Chiriqui. FECHA: 30 / 05 / 23 DURACION: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis M. Cruz | 7-91117-63 | Oficial |
| 2 | Edwin Henry Gale | 4-738-1737 | Oficial |
| 3 | | | |
| 4 | Juan Guerra | 1024467174 | Oficial |
| 5 | Yoan Enrique Rueda | 1144077 | Oficial |
| 6 | Jose de Patrocinio | 2-193-019 | Inspector de obra. |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

PROFESIONALES ASOCIADOS

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO**

**Fecha:** 30/01/23 **Nombre del Participante:** Florentina Davelo

**Cargo:** OFICIAL

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
c) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
e) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO** ___ **VERDADERO** X

**CALIFICACIÓN:** 8/3

Powered by CamScanner

PROFESIONALES ASOCIADOS

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO**

**Fecha:** 30 - 01 - 2023 **Nombre del Participante:** Oscar Guerrero

**Cargo:** Oficial

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
X) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
X) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO** ___ **VERDADERO** ✓

**CALIFICACIÓN:** 2/3

Powered by CamScanner

| PROFESIONALES ASOCIADOS | EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO |
|---|---|

**Fecha:** 30-1-22 **Nombre del Participante:** Edwin Henao Galvis

**Cargo:** ayudante

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
(c) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
(e) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO** ___ **VERDADERO** X

**CALIFICACIÓN:** 3/3

Powered by CamScanner

| PROFESIONALES ASOCIADOS | EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO |
|---|---|

**Fecha:** 30 01 23 **Nombre del Participante:** Luis H. Cruz

**Cargo:** Oficial

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
X c) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
X e) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO** ___ **VERDADERO** X

**CALIFICACIÓN:** 3/3

Powered by CamScanner

| PROFESIONALES ASOCIADOS | EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO |
|---|---|

**Fecha:** 30-01-2023 **Nombre del Participante:** Juan Fdo. Pedreros D.

**Cargo:** Inspector de Obra

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
c) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
e) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO** ___ **VERDADERO** X

**CALIFICACIÓN:** 3/3

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Actividad.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros. |

LUGAR: Alcaldía Unificada FECHA 23 01 2023 DURACIÓN: 5 MIN

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jeancarlos Arce | 1.124.043203 | Oficial |
| 2 | Luis H. Sánchez | 79.117.63 | oficial |
| 3 | Florentino Rueto | 1.140.077 | oficial |
| 4 | | | |
| 5 | Oscar Guerrero | 1.024 467 194. | Oficial |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 |
|---|
| VERSION: 4 |
| CÓDIGO: RH-F-004 |
| DOCUMENTO CONTROLADO |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Primeros Auxilios.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Alcaldía Chinácota. FECHA: 24 / 01 / 2023 DURACIÓN: 5 Min.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jeancarlos Angel | 1.124.013.203 | OFICIAL |
| 2 | Luis A. Cruz | 79111763 | Oficial |
| 3 | | | |
| 4 | Oscar Guerrero | 1024.467.174 | Oficial |
| 5 | Florentino Rincón | 1144107 7 | Oficial |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

| PAGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: ATS para demolición de muros y pisos.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Aeropuerto Riohacha FECHA: 25 / 01 / 2023 DURACIÓN: 5 Min.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis H. Cruz | 79111763 | Obrero |
| 2 | Florentino Ravelo | 1144107 7 | Oficial |
| 3 | Oscar Guerrero | 1.024.467 174 | Oficial |
| 4 | Jean carlos Ardila | 1.124.043 203 | Oficial |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma del Instructor | |

Powered by CamScanner

| PAGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Programa de gestion ambiental

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | X | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Alcaldía Chiquinquirá FECHA: 26 01 2023 DURACIÓN: 5 Min.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis H. Cruz | 7211172 63 | Otro |
| 2 | Florentino Novoa | 1144107 1 | Oficial |
| 3 | Oscar Guerrero | 1021467174 | Oficial |
| 4 | Jean Carlos Ariza | 1.124.043.203 | Oficial |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR: Fabian Forero

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Orden y aseo del vestier, Cuarto de materiales y baños.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | ☑ | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | ☑ | Salud Ocupacional | ☑ | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | ☑ | Contratistas |
| ☑ | Charla | | Otros | | Otros. |

LUGAR: Alumnia unificada FECHA: 27 de 2023 DURACIÓN: 5 Min.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Florentino Pavelo | 1144107 7 | Oficial |
| 2 | Jeancarlos Ancon | 1.124.043.203 | Oficial |
| 3 | Luis H. Cruz | 1911763 | Oficial |
| 4 | Oscar Guerrero | 1.024467174 | oficial |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| PAGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Pausas activas

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| X | Entrenamiento | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Abastos cinfrada

FECHA: 28 / 01 / 2023

DURACIÓN: 5 Min.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Florentino Rueda | 1140107 7 | OFICIAL |
| 2 | Jhonatan Jaimes | 1.124.043.203 | OFICIAL |
| 3 | Luis H. Cruz | 7911763 | OF |
| 4 | // | // | // |
| 5 | // | // | // |
| 6 | // | // | // |
| 7 | // | // | // |
| 8 | // | // | // |
| 9 | // | // | // |
| 10 | // | // | // |
| 11 | // | // | // |
| 12 | // | // | // |
| 13 | // | // | // |
| 14 | // | // | // |
| 15 | // | // | // |
| 16 | // | // | // |
| 17 | // | // | // |
| 18 | // | // | // |
| 19 | // | // | // |
| 20 | // | // | // |
| 21 | // | // | // |
| 22 | // | // | // |
| 23 | // | // | // |
| 24 | // | // | // |
| 25 | // | // | // |
| 26 | // | // | // |
| 27 | // | // | // |
| 28 | // | // | // |
| 29 | // | // | // |
| 30 | // | // | // |
| 31 | // | // | // |
| 32 | // | // | // |
| 33 | // | // | // |
| 34 | // | // | // |
| 35 | // | // | // |
| 36 | // | // | // |
| 37 | // | // | // |
| 38 | // | // | // |
| 39 | // | // | // |
| 40 | // | // | // |
| 41 | // | // | // |
| 42 | // | // | // |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Actos y Condiciones inseguras

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros | | Otros |

LUGAR: Aberanía Unificada. FECHA: 31 / 01 / 2023 DURACIÓN: 5 Min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis M Cruz | 79111763 | Oficial |
| 2 | Edwin Heredia Calvo | 1077977173 | Ayu |
| 3 | | | |
| 4 | Oscar Guevara | 1.024467174 | Oficial |
| 5 | Florentino Revelo | 11441077 | Oficial |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: La importancia de delimitar las areas de trabajo.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Hacienda Cristiana

FECHA: 01 | 02 | 2023 DURACIÓN: 5 MIN.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Florentino Rueda | 1144077- | oficial |
| 2 | Luis H Cruz | 7411763 | oficial |
| 3 | Oscar Guerrero | 1024467194 | oficial |
| 4 | Carlos Serna | 80762173 | Ayudante |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Redacción de los actos inseguros.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | X | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| X | Charla | | Otros | | Otros |

LUGAR: Alemania Ch. Fiscalía. FECHA 07 02 23 DURACIÓN: 5 MIN.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 79111763 | Ofrecimiento. |
| 2 | [illegible] | 1144102[illegible] | Oficial. |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Fabian Fgaca

Firma de instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: los riesgos de las bromas en las areas de trabajo

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Alemania unificada | FECHA: 03 02 22 | DURACIÓN: 5 min.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis A. Cruz | 79111763 | Oficial |
| 2 | Florentino Ruvelo | 1140107 7. | oficial |
| 3 | Jorge Garcia Moreno | 3185737 | oficial |
| 4 | Carlos Bernal | 80762173 | ayudante |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Fabian Lopez (1) | |
| Firma del Instructor | |

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Manipulación adecuada de los Productos químicos.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | ✓ | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | ✓ | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | X | Contratistas |
| X | Charla | | Otros | | Otros |

LUGAR: Alemania Infantil FECHA: 04 / 02 / 2023 DURACIÓN: 5 MIN.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis H. Cruz | 79111763 | Otros. |
| 2 | Flover Lizcano Rincón | 1144107?? | Oficios |
| 3 | Jorge Garcia | 3185737 | oficios |
| 4 | Carlos Beinal | 80762173 | ayudante |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma del Instructor | |

Powered by CamScanner

| PROFESIONALES ASOCIADOS | EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO |
|---|---|

**Fecha:** 30.01.2023 **Nombre del Participante:** Adenis ANGULO O

**Cargo:** Ayudante

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

X a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
c) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
X e) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO ___ VERDADERO** X

**CALIFICACIÓN:** 5.0

| PROFESIONALES ASOCIADOS | EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO |
|---|---|

**Fecha:** 30/01/2023 **Nombre del Participante:** [illegible]

**Cargo:** AUX

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

1. **¿QUÉ ES EL COPASST?**

a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
c) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

2. **Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
e) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

3. **Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO ___ VERDADERO** ✓

**CALIFICACIÓN:** 5.0

| PROFESIONALES ASOCIADOS | EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO |
|---|---|

**Fecha:** 30-01-23 **Nombre del Participante:** Jesus Daza Perez

**Cargo:** Ayudante

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

X a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
c) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
X e) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO** ___ **VERDADERO** X

**CALIFICACIÓN:** 5.0

| PROFESIONALES ASOCIADOS | EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO |
|---|---|

**Fecha:** 3-01-23. **Nombre del Participante:** Jose manuel Ramirez.

**Cargo:** Ayudante.

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

X a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
c) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
X e) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO ___ VERDADERO** ✓

**CALIFICACIÓN:** 5.0.

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Comite Convivencia laboral y Copasst.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR:

FECHA: 30 01 20 23

DURACIÓN:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jesús David Pérez | 17955369 | Ayudante |
| 2 | Ademir ANGULO | 79 682771 | A Y |
| 3 | [illegible] | 318412 | [illegible] |
| 4 | | | |
| 5 | [illegible] | 1006555820 | AUX |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Actos y condiciones inseguras

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Jurisdicción Ambiental. FECHA: 31 07 2023 DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jesus Pinzon Perez | 1.793.553.362 | Ayudante |
| 2 | Aldemar Angulo | 29.682.771 | Ayudante |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 4 | | | |
| 5 | Gilled Osorio | 1.006.855.842 | PUR |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de Instructor | |

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Importancia de delimitar area de trabajo

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR:

FECHA: 09 / 02 / 2023

DURACIÓN:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Demir Angulo. | 79.682.771 | Ayudante. |
| 2 | Geiler Ortiz | 1.006.855.840 | Ayudante |
| 3 | Jesus Rincon. | 79.555.362. | Ayudante |
| 4 | Jose Ramirez. | 348.422. | Ayudante |
| 5 | Justo Oyola. | 14.228.112. | Ayudante. Instructor |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Prevencion de actos inseguros.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| | Charla X | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Jose manca caiboneli | FECHA: 02 02 2023 | DURACIÓN: 5min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Gerlen Ospino | 1080355582 | Ayudante |
| 2 | Jesus Ruiz | 1045553869 | Ayudante |
| 3 | Joe Ramirez | [illegible] | [illegible] |
| 4 | Justo Ayola | 1142811172 | Musico ayuda |
| 5 | Mirco Maimigue | 1126303496 | Ayudante |
| 6 | Andres Anyul | 1068271771 | Ayudante |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de Instructor | |

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1<br>VERSIÓN: 4<br>CÓDIGO: RH-F-004<br>DOCUMENTO CONTROLADO | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA |

TEMA: Riesgos de las bromas en áreas de trabajo.

MARCAR CON "X"

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | | Inducción - Reinducción | TEMAS | | Seguridad Industrial | DIRIGIDO | Gerencia, Directores, Administrativos |
| | | Capacitación Específica | | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | | Simulacro | | | Medio Ambiente | | Coporal / Brigadistas |
| | | | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| | X | Charla | | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Jose maría carbonell. FECHA: 03 / 02 / 2023 DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jorge Ramirez. | 17.630396 | AUXILIAR |
| 2 | Justo Ojeda | 42912 | |
| 3 | Maria Jesus. | 79.555.362. | |
| 4 | Ramirez Jose | 79.682.777. | |
| 5 | Andres Ardila. | 3.48.1412 | |
| 6 | [illegible] | 1.006.855.890 | |
| 7 | Pacho Manrique | 12.630.396 | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Manipulación adecuada productos químicos.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| | Charla X | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Jose maria caiboredl FECHA 04 / 02 / 2023 DURACIÓN: 5min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Cyrla Ocho | 1080355587 | Ayudante X |
| 2 | Jesus Perez | 94555362 | |
| 3 | Jose Ramirez | 94128112 | Jefe Obra |
| 4 | Justo Cyrla | | |
| 5 | Marco Dominique | 16630396 | Auxiliar |
| 6 | Andres Anyul | 1.682.771 | Ayudante |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de instructor | |

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Higiene Postural.

MARCAR CON "X"

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | | Inducción - Reinducción | TEMAS | | Seguridad Industrial | DIRIGIDO | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | X | Capacitación Específica | | X | Salud Ocupacional | | X Trabajadores Operativos |
| | | Simulacro | | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| | | Charla | | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Colegio José María Carbonell. FECHA: 24 / 01 / 2023 DURACIÓN: 05 m1

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Ademir Angulo | 79.692.777 | Ayudante |
| 2 | Gerlen Osorio Villalobo | 1.006.[illegible]80 | Aux |
| 3 | Pablo Perez Jesus. | 17555362 | Ayudante |
| 4 | Ramirez Jose manuel | [illegible]8472 | Ayu |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA

TEMA: Uso y cuidado de EPP.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: FECHA 25 07 2023 DURACIÓN: 10 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jesus David perez | 77455362 | Ayudante |
| 2 | Ademir Angulo | 7968771 | AY |
| 3 | Edmundo Romero | 3458712 | OE |
| 4 | Gerlis Osorio | 1006855890 | AUX |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1<br>VERSIÓN: 4<br>CÓDIGO: RH-F-004<br>DOCUMENTO CONTROLADO | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. |

TEMA: Orden y aseo.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: | FECHA: 26 / 01 / 2023 | DURACIÓN: 10 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | JESUS DAVID [illegible] | 1795535362 | Ayudante |
| 2 | ANDRES ANGULO | 1196827771 | Ayudante |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 4 | Gerlad Osorio | 3478412 | [illegible] |
| 5 | Gerlad Osorio | 1220855890 | AUX |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de Instructor | |

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1<br>VERSIÓN: 4<br>CÓDIGO: RH-F-004<br>DOCUMENTO CONTROLADO | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

TEMA: Punto ecológico- Disposición Final Residuos

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: | FECHA: 27 01 2023 | DURACIÓN: 5 min

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jesus Durán Díaz | 7455536 | Ayudante |
| 2 | Ademir Anaya | 79682771 | Ay |
| 3 | Omar Romero | 3484123 | Op |
| 4 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| 5 | Gerber Osorio | 1006855580 | Aux |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1<br>VERSIÓN: 4<br>CÓDIGO: RH-F-004<br>DOCUMENTO CONTROLADO | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

TEMA: Pausas activas - Calestenia

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: | FECHA: 28 / 01 / 2023 | DURACIÓN:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jesús David Pérez | 79555369 | Ayudante |
| 2 | Ademir Angulo | 79682771 | Ay |
| 3 | Osmel Ramos | 348412 | Ayu |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | Eduard Zarria | 1006555 80 | Ayu |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de Instructor | |

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Recomendaciones en general

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Colegio entre Nubes FECHA 21 01 2023 DURACIÓN: 15 min.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | JHON ALEX PEREZ | 79999319 | AYUDANTE |
| 2 | Sergio Navarrete | 1000778186 | Ayudante |
| 3 | Yeffry snyder Pelez | 1057602681 | Ayudante |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Material Particulado

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Colegio entre nubes. FECHA: 23 / 01 / 2023 DURACIÓN: 20m

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Sergio Navarrete | 1003778186 | Ayudante |
| 2 | Jhon Sneyder Perez | 1037637314 | Ayudante |
| 3 | Juan Hernandez | 1006122827 | Ayudante |
| 4 | Yefrey Sneyder Diaz | 1037626881 | Ayudante |
| 5 | Luis Carlos Perez | 1076269699 | Ayudante |
| 6 | Yefrey Sneyder Perez | 1037626881 | Ayudante |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

**TEMA:** Higiene Postural / Riesgo Biomecanico

**MARCAR CON "X"**

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

**LUGAR:** Colegio entre Nubes **FECHA** 24 / 01 / 2023 **DURACIÓN:** 15min

**RELACIÓN DE PARTICIPANTES**

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | SHON SILVA PEROZ | 7999931A | AYUDANTE |
| 2 | Sergio Navarrete | 1000778186 | Ayudante |
| 3 | Yefrey Snejdar Perez | 1057602681 | Ayudante |
| 4 | Boris Cantillo perez | 1970769 | Maestro |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Firma de instructor | |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1<br>VERSIÓN: 4<br>CÓDIGO: RH-F-004<br>DOCUMENTO CONTROLADO | **ASISTENCIA A CAPACITACION** | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

**TEMA:** Uso adecuado de los protectores auditivos

**MARCAR CON "X"**

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

**LUGAR:** Código entre Nubes **FECHA** 25 / 01 / 2023 **DURACIÓN:** 15m

**RELACIÓN DE PARTICIPANTES**

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jhon Silva Perez | 79999319 | AYUDANTE |
| 2 | Sergio Navarrete | 1000778186 | Ayudante |
| 3 | Yerey Sneyder Perez | 1057602691 | Ayudante |
| 4 | Oliver Hernandez | 1006122822 | Ayudante |
| 5 | Wilmer Acevedo | 1043-717-863 | Ayudante |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

**INSTRUCTOR**

Firma de Instructor

**OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL**

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: Riesgo Biologico

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Colegio entre Nubes FECHA 26 01 2023 DURACIÓN: 15M

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | JHON SILVA PEREZ | 29999319 | AYUDANTE |
| 2 | Sergio Navarrete | 1000778186 | Ayudante |
| 3 | Yefry Snyder Perez | 1037602681 | Ayudante |
| 4 | Wilmer Acevedo | 1.073.723.863 | Ayudante |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y/ RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| PÁGINA: 1 de 1 | |
| VERSIÓN: 4 | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Riesgo Quimico

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | X | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | X | Salud Ocupacional | X | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: Colegio entre nubes FECHA 27 01 2023 DURACIÓN: 16 mn.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | JHON SILVA PEREZ | 79499319 | AYUDANTE |
| 2 | Sergio Navarrete | 1000778186 | Ayudante |
| 3 | YEFREY SNEYDER PEREZ | 1057602691 | Ayudante |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: COPASST y COL. - PAUSAS ACTIVAS.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| X | Capacitación Específica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: ENTRE NUBES. FECHA: 30 / 01 / 2023 DURACIÓN: 15 mts

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | JHON SILVA P. | 79999319 | AYUDANTES |
| 2 | Yefrey Perez O. | 1037602681 | Ayudante |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Valentina Portilla. Tecnico SST. Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

| PROFESIONALES ASOCIADOS | EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO |
|---|---|

**Fecha:** 30/01/2023 **Nombre del Participante:** Eco Yefrey Sneyder Perez O.

**Cargo:** Ayudante

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
c) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
e) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO** X **VERDADERO** X

**CALIFICACIÓN:** (5) ok.

Powered by CamScanner

| PROFESIONALES ASOCIADOS | EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO |
|---|---|

**Fecha:** 30-01-23 **Nombre del Participante:** JHON SILVA P.

**Cargo:** AYUDANTE

**Tema de la capacitación:** **COMITÉS DE COPASST Y CONVIVENCIA LABORAL**

## CUESTIONARIO

**1. ¿QUÉ ES EL COPASST?**

a) Es el organismo que garantiza que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo se reduzcan al mínimo.
b) Es el encargado de promover practicas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros en todos los niveles de las empresas.
X) A y B son correctas
d) Ninguna de las anteriores.

**2. Entre las funciones del COPASST, encontramos:**

a) Participar en las actividades de Promoción, divulgación e información SST
b) Vigilar el cumplimiento del SST
c) Mantener un archivo de las actas de cada reunión y demás actividades que se desarrollen
d) Tramitar los reclamos de los trabajadores relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo
X) Todas son correctas
f) Ninguna de las anteriores

**3. Los integrantes del Comité de Convivencia laboral, no pueden ser los que tengan queja o hayan sido víctimas de acoso laboral seis (6) meses antes.**

**FALSO** X **VERDADERO** ___

**CALIFICACIÓN:** (5) OK.

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 | ASISTENCIA A CAPACITACION | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN: 4 | | |
| CÓDIGO: RH-F-004 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

TEMA: ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Específica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: ENTRE NUBES. FECHA 31 01 2021 DURACIÓN: 5mts.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | JHON SILVA PEREZ | 99999319 | AYUDANTE |
| 2 | CARLOS Villa Ramirez | 1033731491 | Ayudante Practico |
| 3 | YEFREY PEREZ ORTIZ | 1057682681 | Ayudante |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Valentina Portilla. Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 |
|---|
| VERSIÓN: 4 |
| CÓDIGO: RH-F-004 |
| DOCUMENTO CONTROLADO |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: LA IMPORTANCIA DE DELIMITAR LAS AREAS DE TRABAJO.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: ENTRE NUBES. FECHA 1 02 2023 DURACIÓN: 10 mts.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Carlos Chaparro | 1032362568 | Operador |
| 2 | Jhon Silva | 79999319 | Ayudante |
| 3 | Stevens Quintero | 1000126104 | Ayudante |
| 4 | Jorge Perez | 1057682681 | Ayudante |
| 5 | Sergio Valbuena | 1000978186 | Ayudante |
| 6 | Cahy Villa | 1033751911 | Ayudante |
| 7 | Wilmer Acevedo | 1081-723-867 | Ayudante |
| 8 | Jesus S Lopez | 12973153 | oficial |
| 9 | WILSON SALAMANCA | 1014178330 | OFICIAL |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

INSTRUCTOR

Valentina Portilla.

Firma de Instructor

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 |
|---|
| VERSIÓN: 4 |
| CÓDIGO: RH-F-004 |
| DOCUMENTO CONTROLADO |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: ENTRE NUBES. + SOCIALIZACIÓN POLITICAS, RIESGO BIOLOGICO.

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: PREVENCION DE ACTOS INSEGUROS. FECHA: 02 / 2 / 2023 DURACIÓN: 5 mts

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | JESUS LOPEZ | 1297515? | OFICIAL |
| 2 | JHON SILVA | 79999319 | AYUDANTE |
| 3 | YEFREY SNEYDER PEREZ | 1057606601 | AYUDANTE |
| 4 | | 1.093-[illegible]863 | AYUDANTE |
| 5 | WILMER ACEVEDO | | |
| 6 | STEVENS QUINTERO | 1000 126 107 | AYUDANTE |
| 7 | SERGIO NAVARRETE | 1000398186 | AYUDANTE |
| 8 | CARLOS VILLA | 1083751911 | AYUDANTE |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Valentina Portilla<br>Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 |
|---|
| VERSIÓN: 4 |
| CÓDIGO: RH-F-004 |
| DOCUMENTO CONTROLADO |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: LOS RIESGOS DE LAS BROMAS EN EL AREA DE TRABAJO

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: ENTRE NUBES. FECHA 3 02 2023 DURACIÓN: 5mts

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| N° | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Carlos Villa | 1033 +511 11 | Ayudante practica |
| 2 | Yerey Sierra | 1037602681 | ayudante |
| 3 | WILSON GALAMASA | 1014178330 | OFICIAL |
| 4 | Sergio Navarrete | 1000778186 | Ayudante |
| 5 | Steven Quintero | 1000126[illegible] | Ayudante |
| 6 | Wilmer. ACEVEDO | 1.073-7[illegible] | AYUDANTE |
| 7 | Jesus Lopez | 12973153 | OFICIAL |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Valentina Portilla<br>Firma de instructor | |

Powered by CamScanner

| PÁGINA: 1 de 1 |
|---|
| VERSIÓN: 4 |
| CÓDIGO: RH-F-004 |
| DOCUMENTO CONTROLADO |

# ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: MANIPULACION ADECUADA DE LOS PRODUCTOS QUIMICOS

MARCAR CON "X"

| TIPO | | TEMAS | | DIRIGIDO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Inducción - Reinducción | | Seguridad Industrial | | Gerencia- Directores- Administrativos |
| | Capacitación Especifica | | Salud Ocupacional | | Trabajadores Operativos |
| | Simulacro | | Medio Ambiente | | Copasst / Brigadistas |
| | | | Técnicos Calidad | | Contratistas |
| X | Charla | | Otros: | | Otros: |

LUGAR: ENTRE NUBES. FECHA 4 02 2023 DURACIÓN:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nº | NOMBRE (S) | CEDULA | CARGO |
|---|---|---|---|
| 1 | Jesus Lopez | 1297-3153 | Oficial |
| 2 | Yeffry de la Cruz | 1057602601 | Ayudante |
| 3 | Wilson Salamanca | 1014178330 | Oficial |
| 4 | Carlos Villa | 1033751477 | Ayudante |
| 5 | Sergio Navarrete | 1000778186 | Ayudante |
| 6 | Jhon Silva | 79899319 | Ayudante |
| 7 | Wilmer Acevedo | 1073-822-863 | Ayudante |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |

| INSTRUCTOR | OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL |
|---|---|
| Valentina Patiño<br>Firma de Instructor | |

Powered by CamScanner

# Anexo SST-19 - Certificado accidentalidad ARL

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA
Identificada con NIT No. 813008120

Durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2023 y el 31 de Enero de 2023 presentó la siguiente siniestralidad. Certificación generada por fecha de siniestro.

| TODOS<br>DETALLE DEL EVENTO | AÑO<br>2023 |
|---|---|
| Numero de Accidentes Calificados de Origen Laboral | 2 |
| Numero de Accidentes que Generaron Incapacidad de Origen Laboral | 0 |
| Dias Iniciales de Incapacidad Generados por Accidentes | 0 |
| Dias de Prorroga de Incapacidad Generadas por Accidentes | 0 |
| Dias de Incapacidad Generados por Accidentes de Trabajadores Activos | 0 |
| Dias de Incapacidad Generados por Accidentes de Trabajadores Retirados | 0 |
| Numero de Accidentes Pendientes por Definir el Origen | 0 |
| Numero de Accidentes Graves de Acuerdo a Resolucion 1401 de 2007 | 0 |
| Numero de Enfermedades Calificadas de Origen Laboral | 0 |
| Numero de Enfermedades que Generaron Incapacidad de Origen Laboral | 0 |
| Dias Iniciales de Incapacidad Generados por Enfermedades | 0 |
| Dias de Prorroga de Incapacidad Generadas por Enfermedades | 0 |
| Dias de Incapacidad Generados por Enfermedades de Trabajadores Activos | 0 |
| Dias de Incapacidad Generados por Enfermedades de Trabajadores Retirados | 0 |
| Numero de Enfermedades Pendientes por Definir el Origen | 0 |
| Total Eventos con IPP | 0 |
| Total Eventos Fatales | 0 |
| Total Eventos con Invalidez | 0 |
| Numero de Casos de Accidentes de Trabajo en Estado Abierto | 2 |
| Numero de Casos de Accidentes de Trabajo en Estado Cerrado | 0 |
| Numero de Casos de Enfermedad Laboral en Estado Abierto | 0 |
| Numero de Casos de Enfermedad Laboral en Estado Cerrado | 0 |
| Total Dias de Incapacidad Generados por Accidentes de Trabajo | 0 |
| Total Dias de Incapacidad Generados por Enfermedades Laborales | 0 |
| Numero de Accidentes Laborales con IPP | 0 |
| Numero de Enfermedades Laborales con IPP | 0 |
| Numero de Accidentes Laborales Fatales | 0 |
| Numero de Enfermedades Laborales Fatales | 0 |
| Numero de Accidentes Laborales con Invalidez | 0 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

| TODOS<br>DETALLE DEL EVENTO | AÑO<br>2023 |
|---|---|
| Numero de Enfermedades Laborales con Invalidez | 0 |
| Numero de Accidentes que NO Generaron Incapacidad de Origen Laboral | 2 |
| Numero de Enfermedades que NO Generaron Incapacidad de Origen Laboral | 0 |

Se expide a solicitud del interesado el 31 de Enero del año 2023.



Firma Representante Legal

** Informaci?n suministrada por la empresa.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

# Anexo SST-20 - Certificado revisor fiscal de pago de parafiscales y de salarios

**PAGO DE PARAFISCALES Y NOMINA ENERO 2023**

Yo, **DIEGO FERNANDO RIVERA HERNANDEZ** identificado con cedula de ciudadanía No **7.717.347 de Neiva.**, en mi calidad de Revisor fiscal de la compañía **PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA** identificada con Nit **813.008.120-1** certifico que a la fecha la compañía, se encuentra en situación de PAZ Y SALVO por concepto de pago de aportes a los sistemas de Salud EPS, Pensión AFP, riesgos profesionales (ARL) y parafiscales, según lo establecido en el Artículo 50 de la ley 789 de 2002.

La presente constancia se expide a los (08) ocho días del mes de febrero de 2023.

**Cordialmente,**



**DIEGO FERNANDO RIVERA HERNANDEZ**
**C.C. 7.717.347 de Neiva**
**TP-104123-T**
**REVISOR FISCAL**
**PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA**

# Anexo SST-21 - Indicadores contratista

# INDICADORES

| | | |
|---|---|---|
| Versión: 2<br>Código: HSEQ-F-017<br>DOCUMENTO CONTROLADO | **INDICADORES ESTADISTICOS HSEQ** | |

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | COLEGIOS (ENTRE NUBES, JOSE JOAQUIN CASTRO, ALEMANIA UNIFICADA, SAN ISIDRO, CARBONEL) |
| **FECHA DEL REPORTE:** | FEBRERO 2023 |
| **PERIODO REPORTADO:** | ENERO 12- FEB 11 |
| **REPORTADO POR:** | SAID A JULIO RUIZ |

| **INDICADOR** | **VALOR** |
|---|---|
| N° trabajadores en el periodo | 41 |
| N° de casos reportados en el periodo | 0 |
| N° de dias cargados / perdidos por Accidentes de Trabajo o Enfermedades Laborales | 0 |
| N° de casos de accidentes de trabajo mortales | 0 |
| Total dias cargados o perdidos por causa de lesiones | 0 |
| Total de casos con tiempo perdido | 0 |
| Frecuencia de Accidentalidad | 0.0 |
| Severidad de Accidentalidad | 0 |
| Proporción de accidentes Mortales | 0 |
| Prevalencia de la enfermedad Laboral | 0.0 |
| Incidencia de la enfermedad Laboral | 0.0 |

**VARIABLES**

**Frecuencia de accidentalidad:**(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) *

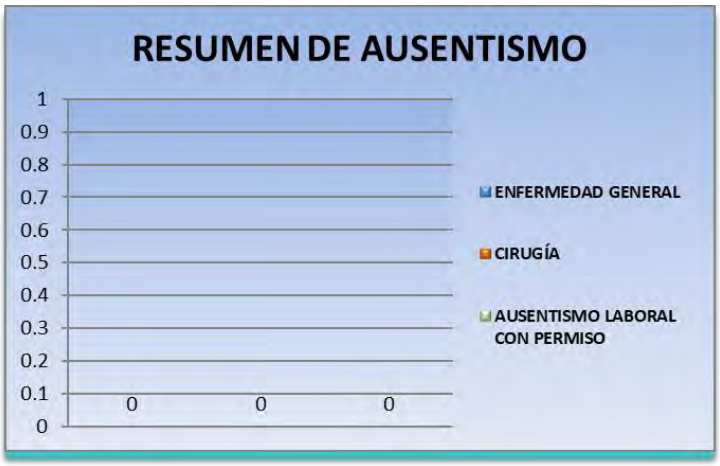
**Severidad de la accidentalidad:** (Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100

**Proporción de accidentes de trabajo mortales:** (Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año ) * 100

**Prevalencia de la enfermedad laboral:**(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000

**Incidencia de la enfermedad laboral:** (Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000

| CAUSA AUSENTISMO | HORAS POR AUSENTISMO |
|---|---|
| ENFERMEDAD GENERAL | 0 |
| CIRUGÍA | 0 |
| AUSENTISMO LABORAL CON PERMISO | 0 |
| **TOTAL** | 0 |







| MES | HHT |
|---|---|
| ENERO | 2480 |
| FEBRERO | 2520 |
| MARZO | |
| ABRIL | |
| MAYO | |

**ANALISIS DE LOS INDICADORES**

Durante el periodo de enero- febrero no se presentan accidentes ni enfermedades de origen laboral.

# Anexo SST-22 - Permisos de trabajo en Caliente

| | | |
|---|---|---|
| PAGINA 1 DE 1 | PERMISO DE TRABAJO | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
| VERSIÓN:3 | | |
| CODIGO: HSEQ-F-044 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

LUGAR DE TRABAJO: José María Cabarrell. FECHA DE INICIO: 24-01-23. FECHA DE FINALIZACION: 28-01-23.

HORA DE INICIO: 9:10 am HORA DE FINALIZACION: 5:00 PM ALTURA A LA QUE SE DESARROLLA LA ACTIVIDA:_____

ACTIVIDAD A DESARROLLAR: Demolición bajos piso 1 ACTIVIDAD CERCA A LINEAS ENERGIZADAS: SI ___ NO X

DESCRIPCION Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:

Retiro de sanitarios, lavamanos, espejos, puertas, demolicion de muros con herramientas manuales, (maceta). Retromartillo

IDENTIFICACION DE PELIGROS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TRABAJO EN ESPACIO CONFINADO | | TRABAJO EN EQUIPO FUNCIONANDO | | MOVIMIENTO DE CARGAS PESADAS | |
| EXCAVACION | | USO DE SUSTANCIAS QUIMICAS | | EMANACION DE GASES Y VAPORES | |
| RADIOACTIVOS | | TRABAJO EN ALTURAS | | RUIDO | X |
| USO DE HERRAMIENTAS ELECTRICAS | | IZAMIENTO DE CARGAS | X | EQUIPOS ENERGIZADOS | |
| USO DE HERRAMIENTAS NEUMATICAS | | IZAMIENTO DE PERSONAS | | OTRO _____ | |

| ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | | MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS | | EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASCO | ✓ | CAPACITACION | ✓ | HERRAMIENTAS DE MANO | ✓ |
| GAFAS DE SEGURIDAD | ✓ | DELIMITAR ZONA DE TRABAJO | — | EQUIPO DE SOLDADURA DE ARCO | — |
| PROTECCION AUDITIVA | ✓ | SEÑALIZACION DE PELIGROS | — | EQUIPO DE OXICORTE | — |
| CARETA | — | LINEA DE ADVERTENCIA | — | TALADRO | |
| PROTECCION RESPIRATORIA GASES | — | BARANDAS | — | PULIDORA | |
| GUANTES | ✓ | SISTEMAS DE INGENIERIA | — | CIERRA CIRCULAR DE MANO | |
| GUANTES MANEJO QUIMICOS | — | CONTROL DE HUECOS Y DESNIVELES | — | RADIO DE FRECUENCIA | |
| GUANTES DIELECTRICOS | — | LISTAS DE CHEQUEO | ✓ | COMPRESOR | — |
| ROPA DE TRABAJO | ✓ | AYUDANTE DE SEGURIDAD | — | BARRA | |
| BOTAS CON PUNTERA | ✓ | CONTROLES DE ACCESO | ✓ | FORMALETAS | — |
| BOTA DE CAUCHO | — | PROCEDIMIENTO | ✓ | VIBRADORES PARA HORMIGON | — |
| MANDIL | — | OTRO: | | ESTRUCTURA PARA CIMBRA | — |

| SISTEMAS DE ACCESO. | | MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| ANDANMIO | — | ARNES CUERPO COMPLETO | | |
| ESCALERAS DE GATO | — | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO | | |
| ESCALERS EN TIJERA | — | ESLINGA DE DOBLE CABO CON ABS | | |
| MANLIFT | — | LINEAS DE VIDA | | |
| ANDAMIO COLGANTE | — | PUNTOS DE ANCLAJE FIJOS | | |
| VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE | | PUNTOS DE ANCLAJE MOVILES | | |
| POR PERSONA CALIFICADA SI ___ NO ___ | | FRENOS O ARRESTADORES | | |
| NOMNBRE Y FIRMA DE LA PERSONA CALIFICADA | | DESCENDEDOR | | |
| | | MOSQUETONES | | |
| | | OTRO: | | |

PERSONAL AUTORIZADO PARA REALIZAR EL TRABAJO

| NOMBRES Y APELLIDOS | CLASE Y NUMERO DE DOCUMENTO | | FIRMA | MARCA CON UNA SI LA VERIFICACION DE ESTOS DOCUMENTOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CODICE | NUMERO | | REQUERIMIENTO DE APTITUD | CONSTANCIA DE CAPACITACION | SEGURIDAD SOCIAL | | | |
| | | | | APTO | AUTORIZADO | EPS | ARL | AFP | CCF |
| Kemir Angulo | CC | 79682771 | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Galen Osorio. | CC | 1026855880 | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ruiz Perez Jesus. | CC | | | | | | | | |
| Ramirez Jose manuel | CC | | | | | | | | |

| PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO | | PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA | NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| | | | |
| PERSONA QUIEN SERA EL AYUDANTE DE SEGURIDAD | | COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURA | |
| NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA | NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| | | | |

| PAGINA 1 DE 1 | PERMISO DE TRABAJO | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| VERSIÓN:3 | | |
| CODIGO: HSEQ-F-044 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

LUGAR DE TRABAJO: ENTRE NUBES — FECHA DE INICIO: 30-01-2023 — FECHA DE FINALIZACION: 04-02-2023

HORA DE INICIO: 7:00 AM — HORA DE FINALIZACION: 5:00 PM — ALTURA A LA QUE SE DESARROLLA LA ACTIVIDA:_____

ACTIVIDAD A DESARROLLAR: CORTE CON AMOLADORA — ACTIVIDAD CERCA A LINEAS ENERGIZADAS: SI ___ NO X

**DESCRIPCION Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:**

CORTE REGATAS CON POLIDORA.
CORTE VARILLA.

**IDENTIFICACION DE PELIGROS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TRABAJO EN ESPACIO CONFINADO | | TRABAJO EN EQUIPO FUNCIONANDO | | MOVIMIENTO DE CARGAS PESADAS | |
| EXCAVACION | | USO DE SUSTANCIAS QUIMICAS | | EMANACION DE GASES Y VAPORES | |
| RADIOACTIVOS | | TRABAJO EN ALTURAS | | RUIDO | |
| USO DE HERRAMIENTAS ELECTRICAS | X | IZAMIENTO DE CARGAS | | EQUIPOS ENERGIZADOS | |
| USO DE HERRAMIENTAS NEUMATICAS | | IZAMIENTO DE PERSONAS | | OTRO CALIENTE | X |

| ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | | MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS | | EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | |
|---|---|---|---|---|---|
| CASCO | X | CAPACITACION | | HERRAMIENTAS DE MANO | |
| GAFAS DE SEGURIDAD | X | DELIMITAR ZONA DE TRABAJO | | EQUIPO DE SOLDADURA DE ARCO | |
| PROTECCION AUDITIVA | X | SEÑALIZACION DE PELIGROS | X | EQUIPO DE OXICORTE | |
| CARETA | | LINEA DE ADVERTENCIA | | TALADRO | |
| PROTECCION RESPIRATORIA GASES | | BARANDAS | | PULIDORA | X |
| GUANTES | X | SISTEMAS DE INGENIERIA | | CIERRA CIRCULAR DE MANO | |
| GUANTES MANEJO QUIMICOS | | CONTROL DE HUECOS Y DESNIVELES | | RADIO DE FRECUENCIA | |
| GUANTES DIELECTRICOS | | LISTAS DE CHEQUERO | X | COMPRESOR | |
| ROPA DE TRABAJO | X | AYUDANTE DE SEGURIDAD | | BARRA | |
| BOTAS CON PUNTERA | X | CONTROLES DE ACCESO | | FORMALETAS | |
| BOTA DE CAUCHO | | PROCEDIMIENTO | | VIBRADORES PARA HORMIGON | |
| MANDIL | | OTRO: | | ESTRUCTURA PARA CIMBRA | |

| SISTEMAS DE ACCESO | | MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS | |
|---|---|---|---|
| ANDANMIO | | ARNES CUERPO COMPLETO | |
| ESCALERAS DE GATO | | ESLINGA DE POSICIONAMIENTO | |
| ESCALERS EN TIJERA | | ESLINGA DE DOBLE CABO CON ABS | |
| MANLIFT | | LINEAS DE VIDA | |
| ANDAMIO COLGANTE | | PUNTOS DE ANCLAJE FIJOS | |
| VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE | | PUNTOS DE ANCLAJE MOVILES | |
| POR PERSONA CALIFICADA SI X NO ___ | | FRENOS O ARRESTADORES | |
| NOMNBRE Y FIRMA DE LA PERSONA CALIFICADA | | DESCENDEDOR | |
| | | MOSQUETONES | |
| | | OTRO: | |

**OBSERVACIONES**

Se recomienda el uso del tapa bocas cuando usen la. polidora, ya que genera mucho material particulado

**PERSONAL AUTORIZADO PARA REALIZAR EL TRABAJO**

**MARCA CON UNA SI LA VERIFICACION DE ESTOS DOCUMENTOS**

| NOMBRES Y APELLIDOS | CLASE Y NUMERO DE DOCUMENTO | | FIRMA | REQUERIMIENTO DE APTITUD | CONSTANCIA DE CAPACITACION | SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CC/CE | NUMERO | | APTO | AUTORIZADO | EPS | ARL | AFP | CCF |
| Carlos Villa | | 1033791411 | | X | X | X | X | X | |
| Jose stevens Quintero | | 1002126107 | Stevens | X | X | X | X | X | |

| PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| VALENTINA PORTILLA | Valentina Portilla. |

| PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| | |

| PERSONA QUIEN SERA EL AYUDANTE DE SEGURIDAD | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| Sergio Navarrete | |

| COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURA | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| | |

Powered by CamScanner

# Anexo SST-23 – Inspecciones Preoperacionales

PAGINA 1 DE 1
VERSION: 001
CODIGO: PP-F-126
DOCUMENTO CONTROLADO

# INSPECCIÓN ROTO MARTILLO

PROFESIONALES ASOCIADOS

PROYECTO: Alquiler cerrada
LOCALIZACION: Pto 2
MODELO: 2/29/05
FECHA: 23/01/2023
MARCA: Atlas
SERIE: 11213

Marque con una ( X ) B : Si el estado electromecánico se encuentra en Buenas Condiciones. De lo contrario marque M: Si se encuentra en mal estado.

| | ITEM | 1 B | 1 M | 2 B | 2 M | 3 B | 3 M | 4 B | 4 M | 5 B | 5 M | 6 B | 6 M | 7 B | 7 M | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTADO MECANICO | SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL INTERRUPTOR (ON-OFF) | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | VERIFICACION DE VELOCIDAD | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO DE ACCIONAMIENTO | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO AUXILIAR | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL MAGNE | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BARE ESTE ENERGIZADA PARA INICIAR | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BARE MAGNETICA AL APAGARLA NO PERMITA EL ACCIONAMIENTO DEL EQUIPO | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ABOLLADURAS, ETC) | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | VERIFICACION CONEXIONES ELECTRICAS | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | PINES | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | CINCEL | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | BUJETADOR DE CINCEL | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| | VERIFICACION DE SONIDOS Y VIBRACIONES INUSUALES | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | |
| OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | |

RECOMENDACIONES

Realizar limpieza de la herramienta posterior a su uso.

## SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES

| Nº | CONDICION ENCONTRADA | PLAN DE ACCION | RESPONSABLE | CUANDO | FECHA SEGUIMIENTO | REVISO | SOL EFECTIVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |

OBSERVACIONES

ELABORO: Florentino Rovira

REVISO:

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1
VERSION: 001
CODIGO: FP-F-139
DOCUMENTO CONTROLADO

# INSPECCION ROTO MARTILLO

PROFESIONALES ASOCIADOS

PROYECTO: Aperturas chicoral
LOCALIZACION: Vía 24
MODELO: Jeep
FECHA: 23/01/23
MARCA: Jeep
SERIE: 0062-45

**Marque con una ( X ) B : Si el estado electromecánico se encuentra en Buenas Condiciones. De lo contrario marque M: Si se encuentra en mal estado.**

| | ITEM | 1 B | 1 M | 2 B | 2 M | 3 B | 3 M | 4 B | 4 M | 5 B | 5 M | 6 D | 6 M | 7 B | 7 M | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTADO MECANICO | SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL INTERRUPTOR (ON-OFF) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DE VELOCIDAD | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO DE ACCIONAMIENTO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO AUXILIAR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO FUNCIONAMIENTO DEL MANIPIL | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BARE ESTE ENERGIZADA PARA INICIAR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BARE MAGNETICA AL APASTARLA NO PERMITA EL ACCIONAMIENTO DEL EQUIPO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ABOLLADURAS, ETC) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION CONEXIONES ELECTRICAS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | FINES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | CANCEL | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | EJECTADOR DE CANCEL | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DE BRINCOS Y VIBRACIONES INUSUALES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | |
| OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | |

**RECOMENDACIONES**

Realizar inspección de la herramienta posterior a su uso.

**SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES**

| Nº | CONDICIÓN ENCONTRADA | PLAN DE ACCION | RESPONSABLE | CUANDO | FECHA SEGUIMIENTO | REVISO | ACC. EFECTIVA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

ELABORO: Luis Cruz

REVISO:

Powered by CamScanner

PAGINA 1 DE 1

VERSION: 001

CODIGO: PP-F-138

DOCUMENTO CONTROLADO

# INSPECCION ROTO MARTILLO

PROFESIONALES ASOCIADOS

| | |
|---|---|
| EQUIPO: | Naranja mixta cadena |
| LOCALIZACION: | Obra 2 (Cabrera, Castillo, Alba) |
| MODELO: | 929BZ-B3 |
| FECHA: | 31/01/22 |
| MARCA: | Volvo |
| SERIE: | 00357 |

**Marque con una ( X ) B : Si el estado electromecánico se encuentra en Buenas Condiciones. De lo contrario marque M: Si se encuentra en mal estado.**

| | ITEM | 1 B | 1 M | 2 B | 2 M | 3 B | 3 M | 4 B | 4 M | 5 B | 5 M | 6 B | 6 M | 7 B | 7 M | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTATO MECANICO | SE VERIFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL INTERRUPTOR (ON-OFF) | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL VELOCIDAD | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO DE ACCIONAMIENTO | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO AUXILIAR | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL MOTOR | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BARE ESTE ENERGIZADA PARA VIBRAR | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BARE MAGNETICA AL APALANCARLA NO PERMITA EL ACCIONAMIENTO DEL BOTON | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | VERIFICACION CONEXIONES ELECTRICAS | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | PINES | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | ORING | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | EYECTADOR DE ORING | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| | VERIFICACION DE RUIDOS Y VIBRACIONES ANORMALES | | // | X | | X | | X | | | | | | | | |
| OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | |

**RECOMENDACIONES**

mantener limpia la herramienta posterior a su uso.

**SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES**

| Nº | CONDICION ENCONTRADA | PLAN DE ACCION | RESPONSABLE | CUANDO | FECHA SEGUIMIENTO | REVISO | SOLUCIONADA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |

OBSERVACIONES: inspección realizada por el operario.

ELABORO: [signature]

REVISO: [signature]

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1 | INSPECCIÓN ROTO MARTILLO | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. | |
| VERSIÓN: 001 | | | |
| CÓDIGO: PP-F-126 | | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROYECTO: | SED - colegio José Marti Cabanell. | FECHA: | 30-01-23. |
| LOCALIZACION: | Ipiales Cruces San Cristobal. | MARCA: | Dewalt. |
| MODELO: | K 65 A | SERIE: | 001 "codigo interno" |

*Marque con una ( X ) B : Si el estado electromecánico se encuentra en Buenas Condiciones. De lo contrario marque M: Si se encuentra en mal estado.*

| | ITEM | 1 B | 1 M | 2 B | 2 M | 3 B | 3 M | 4 B | 4 M | 5 B | 5 M | 6 B | 6 M | 7 B | 7 M | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTADO MECANICO | SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | VERIFICACION DEL INTERRUPTOR (ON-OFF) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | VERIFICACION DE VELOCIDAD | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO DE ACCIONAMMIENTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO AUXILIAR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | VERIFICACION DEL CORRECTO FUNCIONIEMIENTO DEL MADRIL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BASE ESTE ENERGIZADA PARA INICIAR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BASE MAGNETICA AL APAGARLA NO PERMITA EL ACCIONAMIENTO DEL EQUIPO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | VERIFICACION CONEXIONES ELECTRICAS | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | PINES | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | CINCEL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | BUJETADOR DE CINCEL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | VERIFICACION DE SONIDOS Y VIBRACIONES INUSUALES | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | |

**RECOMENDACIONES**

**SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES**

| N° | CONDICION ENCONTRADA Que se acontró? | PLAN DE ACCIÓN Que Hacer? | RESPONSABLE Quien ? | CUANDO DD | CUANDO MM | CUANDO AA | FECHA SEGUIMIENTO DD | FECHA SEGUIMIENTO MM | FECHA SEGUIMIENTO AA | REVISO Coord Sup HSE | SOL.EFECTIVA SI | SOL.EFECTIVA NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES :

ELABORO: Oscar castro P.

REVISO:

| | | | |
|---|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1 | INSPECCIÓN ROTO MARTILLO | PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA. | |
| VERSIÓN: 001 | | | |
| CÓDIGO: PP-F-126 | | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | | |
| PROYECTO: | SED- colegio José María Carbonell. | FECHA: | 02-02-23. |
| LOCALIZACION: | IGU Cruces San Cristobal. | MARCA: | Bosch |
| MODELO: | Bosch | SERIE: | 002 "codigo interno" |

*Marque con una ( X ) B : Si el estado electromecánico se encuentra en Buenas Condiciones. De lo contrario marque M: Si se encuentra en mal estado.*

| | ITEM | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | |
| ESTADO MECANICO | SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL INTERRUPTOR (ON-OFF) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | VERIFICACION DE VELOCIDAD | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO DE ACCIONAMMIENTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO AUXILIAR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | VERIFICACION DEL CORRECTO FUNCIONEMIENTO DEL MADRIL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BASE ESTE ENERGIZADA PARA INICIAR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BASE MAGNETICA AL APAGARLA NO PERMITA EL ACCIONAMIENTO DEL EQUIPO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | VERIFICACION CONEXIONES ELECTRICAS | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | PINES | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | CINCEL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | SUJETADOR DE CINCEL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| | VERIFICACION DE SONIDOS Y VIBRACIONES INUSUALES | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**RECOMENDACIONES**

**SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES**

| Nº | CONDICIÓN ENCONTRADA Que se encontró? | PLAN DE ACCIÓN Que Hacer? | RESPONSABLE Quien ? | CUANDO DD | CUANDO MM | CUANDO AA | FECHA SEGUIMIENTO DD | FECHA SEGUIMIENTO MM | FECHA SEGUIMIENTO AA | REVISO Coord Sup HSE | SOL.EFECTIVA SI | SOL.EFECTIVA NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES :**

ELABORO: [signature]

REVISO: [signature]

| Página 1 de 1 | INSPECCION PARA PULIDORA | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| Versión: 3 | | |
| Código: HSEQ-F-108 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

INSPECCIONADOR POR: Wilmer Acevedo — CARGO: Ayudante

LUGAR DE INSPECCION: Colegio entre nuves — PERIODO: DEL 25 AL 28 DE Enero DEL 2023

MODELO: 037029 DeWalt — MARCA:

| DESCRIPCION | LUNES | | | MARTES | | | MIÉRCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SÁBADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| Se verificó el estado de conexiones eléctricas (Extensiones, Cables, Tomas) | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Estado de instalación del disco (Insertación) | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Cuenta con acoples adecuados para los accesorios. | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Estado de instalación del mango. | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Estado del interruptor de incendio y su seguro. | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Estado de la guía de la guarda. | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Estado del disco | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (6800) | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Se utilizan accesorios apropiado para la tarea. | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Estado general de la pulidora ( Fisuras, Rupturas, Aseo, Etc) | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Se utilizan adecuadamente los Epp para la labor. | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados. | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| Se realizó limpieza y densifección al equipo | | | | | | | X | | | X | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

ELABORÓ: Wilmer Acevedo — REVISÓ: Valentina Portilla, Tecnico SST.

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 1<br>Versión: 3<br>Código: HSEQ-F-105<br>DOCUMENTO CONTROLADO | **INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO ELECTRICO** | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

**INSPECCIONADO POR:** Wilmer Acevedo **CARGO:** Ayudante

**PERIODO: DEL** 25 **AL** 28 **DE** Enero **DEL** 2023 **LUGAR DE INSPECCIÓN:** Entre Nubes.

**MODELO:** BOSCH. 2.26. **MARCA:**

| DESCRIPCIÓN | | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PARTE** | **REVISION** | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| CARCASA GENERAL | Sin grietas ni rupturas, sin piezas sueltas, tornillos de carcaza bien ajustados. | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| PORTA BROCAS DE CORONA DENTADA | Sin golpes, sin exceso de desgaste, que permitan el correcto alojamiento de la llave porta broca. | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Dientes completos | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO | Que funcione correctamente, accionamiento suave y en óptimo estado. | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| BOTON PARA ENCLAVAMIENTO DE INTERRUPTOR. | Verifique obturando el interruptor de encendido y a su vez el de enclavamiento para enclavar, para desenclavar obture el interruptor de encendido. | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| SELECTOR DE VELOCIDADES | De fácil accionamiento, óptimo estado. | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| TORNILLO DE MARIPOSA PARA AJUSTE DEL TOPE DE PROFUNDIDAD Y TOPE DE PROFUNDIDAD. | Que no este roto, que al apretar ajuste adecuadamente el tope. Y que el tope no este torcido y se pueda leer la | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| TORNILLO DE MARIPOSA PARA AJUSTE DE LA EMPUÑADURA ADICIONAL Y EMPUÑADURA | Que no este rota, Que ajuste adecuadamente, empuñadura firme en el equipo, que no este rota. | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| LLAVE PORTA BROCAS | Que sus dientes estén completos, sin golpes, y encajen adecuadamente en la corona dentada. | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| CABLE ELÉCTRICO Y ENCHUFE (Ó CLAVIJA) | sin empalmes, en óptimas condiciones y conexión al equipo en perfecto estado. | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| ORDEN Y LIMPIEZA | mantener siempre limpio el aparato y las rejillas de refrigeración para poder trabajar con seguridad. -Limpieza y desinfección | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES:**

ELABORÓ Wilmer REVISÓ Yabrihra Portilla

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| Página 1 de 1<br>Versión: 3<br>Código: HSEQ-F-105<br>DOCUMENTO CONTROLADO | **INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO ELECTRICO** | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |

**INSPECCIONADO POR:** yefrey snejder ortiz **CARGO:** Ayudante

**PERIODO: DEL** 23 **AL** 28 **DE** enero **DEL** 2023 **LUGAR DE INSPECCIÓN:** entre lotes

**MODELO:** **MARCA:**

| DESCRIPCIÓN | | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PARTE** | **REVISION** | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| CARCASA GENERAL | Sin grietas ni rupturas, sin piezas sueltas, tornillos de carcaza bien ajustados. | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| PORTA BROCAS DE CORONA DENTADA | Sin golpes, sin exceso de desgaste, que permitan el correcto alojamiento de la llave porta broca. | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | |
| | Dientes completos | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | |
| INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO | Que funcione correctamente, accionamiento suave y en óptimo estado. | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | |
| BOTON PARA ENCLAVAMIENTO DE INTERRUPTOR. | Verifique obturando el interruptor de encendido y a su vez el de enclavamiento para enclavar, para desenclavar obture el interruptor de encendido. | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| SELECTOR DE VELOCIDADES | De fácil accionamiento, óptimo estado. | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | |
| TORNILLO DE MARIPOSA PARA AJUSTE DEL TOPE DE PROFUNDIDAD Y TOPE DE PROFUNDIDAD. | Que no este roto, que al apretar ajuste adecuadamente el tope. Y que el tope no este torcido y se pueda leer la | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | |
| TORNILLO DE MARIPOSA PARA AJUSTE DE LA EMPUÑADURA ADICIONAL Y EMPUÑADURA | Que no este rota, Que ajuste adecuadamente, empuñadura firme en el equipo, que no este rota. | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | |
| LLAVE PORTA BROCAS | Que sus dientes estén completos, sin golpes, y encajen adecuadamente en la corona dentada. | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | |
| CABLE ELÉCTRICO Y ENCHUFE (Ó CLAVIJA) | sin empalmes, en óptimas condiciones y conexión al equipo en perfecto estado. | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| ORDEN Y LIMPIEZA | mantener siempre limpio el aparato y las rejillas de refrigeración para poder trabajar con seguridad. -Limpieza y desinfección | ✓ | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES:**

ELABORÓ _____ REVISÓ _____

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 1<br>VERSIÓN: 001<br>CÓDIGO: PP-F-126<br>DOCUMENTO CONTROLADO | INSPECCIÓN ROTO MARTILLO | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. | |
| PROYECTO: | ENTRE NUBES. | FECHA: | 1-02-2023. / 04-02-23 |
| LOCALIZACION: | PRIMER PISO. | MARCA: | UBERMAN. |
| MODELO: | NO TIENE | SERIE: | NO TIENE |

*Marque con una (X) B : Si el estado electromecánico se encuentra en Buenas Condiciones. De lo contrario marque M: Si se encuentra en mal estado.*

| | ITEM | 1 B | 1 M | 2 B | 2 M | 3 B | 3 M | 4 B | 4 M | 5 B | 5 M | 6 B | 6 M | 7 B | 7 M | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTADO MECANICO | SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL INTERRUPTOR (ON-OFF) | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DE VELOCIDAD | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO DE ACCIONAMMIENTO | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO AUXILIAR | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL CORRECTO FUNCIONIEMIENTO DEL MADRIL | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BASE ESTE ENERGIZADA PARA INICIAR | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BASE MAGNETICA AL APAGARLA NO PERMITA EL ACCIONAMIENTO DEL EQUIPO | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION CONEXIONES ELECTRICAS | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | PINES | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | CINCEL | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | SUJETADOR DE CINCEL | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DE SONIDOS Y VIBRACIONES INUSUALES | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | |

RECOMENDACIONES

Ninguna.

SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES

| Nº | CONDICIÓN ENCONTRADA Que se encontró? | PLAN DE ACCIÓN Que Hacer? | RESPONSABLE Quién ? | CUANDO DD | CUANDO MM | CUANDO AA | FECHA SEGUIMIENTO DD | FECHA SEGUIMIENTO MM | FECHA SEGUIMIENTO AA | REVISÓ Coord/Sup HSE | SOE EFECTIVA SI | SOE EFECTIVA NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES :

ELABORO: Wilmer Acevedo
1.093-823-863

REVISO: Valentina Patiño
Tecnico SST.

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1
VERSIÓN: 004
CÓDIGO: PP-F-126
DOCUMENTO CONTROLADO

# INSPECCIÓN ROTO MARTILLO

PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA.

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROYECTO: | ENTRE NPOES PRIMER PISO | FECHA: | 30/01/23 / 04-02-23 |
| LOCALIZACION: | | MARCA: | BOSCH. |
| MODELO: | GCH 2-26 | SERIE: | No tiene. |

*Marque con una ( X ) B : Si el estado electromecánico se encuentra en Buenas Condiciones. De lo contrario marque M: Si se encuentra en mal estado.*

| | ITEM | 1 B | 1 M | 2 B | 2 M | 3 B | 3 M | 4 B | 4 M | 5 B | 5 M | 6 B | 6 M | 7 B | 7 M | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTADO MECANICO | SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA) | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL INTERRUPTOR (ON-OFF) | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DE VELOCIDAD | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO DE ACCIONAMIMIENTO | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DEL MODO AUXILIAR | | | | | — | | — | | — | | — | | | | No tiene. |
| | VERIFICACION DEL CORRECTO FUNCIONEMIENTO DEL MADRIL | | | | | — | | — | | — | | — | | | | No tiene. |
| | VERIFIQUE QUE LA BASE ESTE ENERGIZADA PARA INICIAR | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFIQUE QUE LA BASE MAGNETICA AL APAGARLA NO PERMITA EL ACCIONAMIENTO DEL EQUIPO | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC) | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION CONEXIONES ELECTRICAS | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | PINES | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | CINCEL | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | SUJETADOR DE CINCEL | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| | VERIFICACION DE SONIDOS Y VIBRACIONES INUSUALES | | | | | X | | X | | X | | X | | | | |
| OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | |

RECOMENDACIONES

## SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES

| Nº | CONDICION ENCONTRADA Que se encontró? | PLAN DE ACCIÓN Que Hacer? | RESPONSABLE Quien ? | CUANDO DD | CUANDO MM | CUANDO AA | FECHA SEGUIMIENTO DD | FECHA SEGUIMIENTO MM | FECHA SEGUIMIENTO AA | REVISO Coord/Sup HSE | SOL EFECTIVA SI | SOL EFECTIVA NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES :

Uso adecuado de los epp (cuenta con todo) OK.

ELABORO: Carlos Villa 1023751911 — Yefrey Snyder O. 1057602681 — REVISO: Valentina Portilla.

Powered by CamScanner

| Página 1 de 1 | INSPECCION PARA PULIDORA | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| Versión: 3 | | |
| Código: HSEQ-F-108 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

INSPECCIONADOR POR: Stevens Quintero — CARGO: Ayudante

LUGAR DE INSPECCION: COLEGIO ENTRE NUBES — PERIODO: DEL 30 AL 4 DE 02 DEL 2023.

MODELO: 037029. — MARCA: DEWALT.

| DESCRIPCION | LUNES | | | MARTES | | | MIÉRCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SÁBADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| Se verificó el estado de conexiones eléctricas (Extensiones, Cables, Tomas) | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Estado de instalación del disco (Insertación) | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Cuenta con acoples adecuados para los accesorios. | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Estado de instalación del mango. | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Estado del interruptor de incendio y su seguro. | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Estado de la guía de la guarda. | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Estado del disco | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Se utiliza accesorios apropiados para las RPM (6800) | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Se utilizan accesorios apropiado para la tarea. | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Estado general de la pulidora ( Fisuras, Rupturas, Aseo, Etc) | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Se utilizan adecuadamente los Epp para la labor. | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Se han instalado barreras y/o aislamientos apropiados. | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Se realizó limpieza y densifección al equipo | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

OBSERVACIONES: USO DE TAPA OIDOS Y PROTECCION VISUAL., TAPABOCAS.

ELABORÓ: Stevens — REVISÓ: Valentina Patiña

Powered by CamScanner

| Página 1 de 1 | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO ELECTRICO | PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda. |
|---|---|---|
| Versión: 3 | | |
| Código: HSEQ-F-105 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

INSPECCIONADO POR: Yofrey Snejder O. CARGO: Ayudante

PERIODO: DEL 30 AL 4 DE 02 DEL 2023 LUGAR DE INSPECCIÓN: ENTRE NUBES.

MODELO: BOSCH. GLK-65 B. MARCA: BOSCH.

| DESCRIPCIÓN | | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PARTE | REVISION | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| CARCASA GENERAL | Sin grietas ni rupturas, sin piezas sueltas, tornillos de carcaza bien ajustados. | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| PORTA BROCAS DE CORONA DENTADA | Sin golpes, sin exceso de desgaste, que permitan el correcto alojamiento de la llave porta broca. | | | | | | X | X | X | X | | | X | | | X | | | X | | | |
| | Dientes completos | | | | | | X | | | X | | | X | | | X | | | X | | | |
| INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO | Que funcione correctamente, accionamiento suave y en óptimo estado. | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| BOTON PARA ENCLAVAMIENTO DE INTERRUPTOR. | Verifique obturando el interruptor de encendido y a su vez el de enclavamiento para enclavar, para desenclavar obture el interruptor de encendido. | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| SELECTOR DE VELOCIDADES | De fácil accionamiento, óptimo estado. | | | | | | X | | | X | | | | | | X | | | X | | | |
| TORNILLO DE MARIPOSA PARA AJUSTE DEL TOPE DE PROFUNDIDAD Y TOPE DE PROFUNDIDAD. | Que no este roto, que al apretar ajuste adecuadamente el tope. Y que el tope no este torcido y se pueda leer la | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| TORNILLO DE MARIPOSA PARA AJUSTE DE LA EMPUÑADURA ADICIONAL Y EMPUÑADURA | Que no este rota, Que ajuste adecuadamente, empuñadura firme en el equipo, que no este rota. | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| LLAVE PORTA BROCAS | Que sus dientes estén completos, sin golpes, y encajen adecuadamente en la corona dentada. | | | | | | X | | | X | | | | | | X | | | X | | | |
| CABLE ELÉCTRICO Y ENCHUFE (Ó CLAVIJA) | sin empalmes, en óptimas condiciones y conexión al equipo en perfecto estado. | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ORDEN Y LIMPIEZA | mantener siempre limpio el aparato y las rejillas de refrigeración para poder trabajar con seguridad. -Limpieza y desinfección | | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

OBSERVACIONES:

ELABORÓ Yofrey Snejder O. REVISÓ Valentina Portilla.

Powered by CamScanner

# Anexo SST-24 - Análisis de Trabajo Seguro

| Página 1 de 3 | ANALISIS DE TRABAJO SEGURO | PROFESIONALES ASOCIADOS |
|---|---|---|
| Versión: 2 | | |
| Código: HSEQ-F-063 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CAMPO/FRENTE: | ENTRE NUBES. | NÚMERO DEL ATS: | 3. | PERSONA QUE APRUEBA EL ATS: | Valentina Portilla Tecnico SST. |
| NOMBRE: | WILSON SALAMANCA | CEDULA: | 1014178330 | FECHA DE INICIO DE TAREA: | 30 ENERO 2023. |
| TIPO DE TRABAJO: | DESMONTE DE VENTANERIA PUERTAS DEMOLICION MURO MAMPOSTERIA. REGATAS. | | | HORA DE INICIO DE TAREA: | 7:00 am. |
| EQUIPO DE TRABAJO: | PERSONAL CONTRATISTA M2 | N° DE REVISIÓN: | | FECHA Y HORA DE TERMINACION DE LA TAREA: | 4 Febrero 2023 12:00 pm. |

| EQUIPAMIENTO DE SEGURIDAD PARA REALIZAR ESTE TRABAJO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASCO CON BARBUQUEO → N/O | ☒ | GUANTES | ☒ | MASCARA FACIAL | ☐ | EXTINGUIDORES | ☐ |
| BOTAS DE SEGURIDAD | ☒ | PROTECCIÓN RESPIRATORIA | ☒ | BARRERAS | ☐ | ESLINGA | ☐ |
| GAFAS DE SEGURIDAD | ☒ | ARNÉS DE SEGURIDAD | ☐ | CERTIFICADO DE COMPETENCIA LABORAL | ☒ | LINEA DE VIDA | ☐ |
| ALTURA APROXIMADA | ☐ | VERIFICACION PUNTOS DE ANCLAJE | ☐ | VERIFICACION SEGURIDAD SOCIAL | ☒ | | |

| PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TRABAJO EN ALTURA | ☐ | ESPACIO CONFINADO | ☐ | CALIENTE | ☒ |
| ENERGIA PELIGROSAS | ☐ | ¿OTRO, CUAL? | DEMOLICION DE VENTANERIA Y PUERTAS. | | |

| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS PARA UTILIZAR | | |
|---|---|---|
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | | Indique cada una de las herramientas a utilizar. |
| Manuales | X | PUNTERO, MASETA., BISTURIE, MARTILLO, PALA, BARRA., CARRETILLA. |
| Eléctricas | X | ROTOMARTILLO PULIDORA. |
| Neumáticas | | |
| Hidráulicas | | |
| Mecánicas | | |
| Otras | | |

Powered by CamScanner

# ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

PROFESIONALES ASOCIADOS

| SECUENCIA DE ETAPAS BÁSICAS | RIESGOS O ACCIDENTES POTENCIALES | RECOMENDACIONES PARA ELIMINAR O REDUCIR RIESGOS POTENCIALES |
|---|---|---|
| INGRESO A OBRA. | CAIDAS, GOLPES., | MANTENER AREAS LIMPIAS Y ORDENADAS. |
| DIRIGIRSE AL AREA TRABAJO | TROPEZOS, CAIDAS, GOLPES | DIRIGIRSE POR SENDERO PEATONAL. |
| INSPECCION DE HERRAMIENTAS | LOCATIVO, FISICO, BIOMECANICO. | AUTOCUIDADO, ORDEN Y ASEO. |
| DESMONTE DE VENTANERIA. | CORTES, GOLPES., COLOR EN EXTREMIDAD | USO ADECUADO DE EPP, GUANTES, PERIODOS |
| Y PUERTAS. MUROS MAMPOSTERIA | FISICO, BIOMECANICO NATURAL. LOCATIVO MECANICO. | DE DESCANSO. PAUSAS ACTIVAS. |
| RECOGER HERRAMIENTA. | FISICO, LOCATIVO, NATURAL, BIOMECANICO. | ORDEN Y ASEO DE AREAS, AUTOCUIDADO |
| DIRIGIRSE A LA SALIDA. | LOCATIVO. | USAR SENDERO PEATONAL. |

**OBSERVACIONES:** NO APLICA.

## EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☒ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| Versión: 2 | |
| Código: HSEQ-F-063 | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | |

# ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

PROFESIONALES ASOCIADOS

| Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor) | Firma |
|---|---|
| JHON SILVA PEREZ 79999319 | |
| Yeffrey snyder perez ortiz 1037602681 | |
| Carlos Villa Ramirez 1083.751411 | |
| WILSON SALAMANCA 1014178330 | |
| Carlos Armando Moreno | |
| Jose Stevens Quintero 1000 126 107 | Stevens |
| Sergio Navarrete 1000778186 | |
| Wilmer ACEVEDO 1.083-723-863 | |
| Jesus S Lopez 1297315 | |
| | |

| Nombre y Cedula de la persona (Emisor) | Firma |
|---|---|
| Valentina Patilla CC 1033792061 | Valentina Patilla. |

ELABORADO POR: Valentina Patilla
CEDULA: 1033792061.

APROBADO POR Said A. Julio Ruiz
CEDULA: 1024.522.732

Powered by CamScanner

| PÁGINA 1 DE 3 |
|---|
| CÓDIGO: HSEQ-F-065 |
| VERSIÓN: 3 |
| DOCUMENTO CONTROLADO |

# ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)

PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA.

## 1. GENERALIDADES DE LA ACTIVIDAD

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de elaboración: | 230123 | Hora de inicio: | 7am | a.m. X p.m. ☐ | Vigencia del ATS: | enero 23 – ene 28 | Hora de finalización: 430pm |
| Localización / Ubicación | X Sede Principal | ☐ Planta | ☐ Proyecto | | Planta / Proyecto: | | |
| Ubicación exacta donde se realiza la actividad: | Colegio entre nubes. | | | | | | |
| Descripción de la tarea: | Demolicion de baños | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Para esta actividad se requiere permiso de trabajo: | Si ☐ No X | Tipo de trabajo: | Espacio confinado ☐ | Trabajo en caliente ☐ | Atmosferas peligrosas ☐ |
| Excavaciones ☐ | Manejo mecánico de cargas X | Manejo de sustancias químicas ☐ | Trabajos en caliente ☐ | Trabajos eléctricos ☐ | |

## 2. RESTRICCIONES PERSONALES

| | |
|---|---|
| ¿Cómo se encuentra su estado de salud? | ¿Cómo se encuentra su estado anímico? |
| ¿Ha descansado bien las últimas 24 horas? | ¿En las últimas 24 horas ha consumido algún tipo de medicamento? ¿Cuál? |
| ¿En las últimas 24 horas ha consumido sustancias psicoactivas o licor? ¿Cuáles? | ¿Se encuentra en óptimas condiciones para ejecutar la actividad? |
| ¿Es la primera vez que realiza la actividad? | ¿Tiene el entrenamiento/ experiencia que la actividad requiere? |
| ¿Conoce los equipos y herramientas necesarias para la ejecución de la actividad? | |

## 3. CONDICIONES NATURALES

¿Hay presencia de condiciones naturales que generen peligro para la ejecución de la actividad cómo por lluvias, viento, tormentas eléctricas, derrumbes, entre otros? NO

¿Cuáles son las medidas a tomar? N/a

## 4. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Marque con una X los elementos de protección personal necesarios para realizar la actividad de forma segura

| Casco | Guantes | Dotación | Gafas | Respirador | Careta | Equipos para trabajo en alturas | EPP'S trabajo en caliente | Protector auditivo | Botas de seguridad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | X | X | X | n/a | n/a | n/a | X | X | X |

Otros EPP'S:

## 5. PELIGROS

Marque con una X los peligros identificados en la actividad , al igual que los riesgos y sus respectivas medidas de control

**Caída de objetos**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Atrapamiento n/a | Aplastamiento X | Fractura n/a |
| Muerte n/a | Contusión X | |

| Control | |
|---|---|
| Vigía para actividades de manejo de cargas | |
| Señalización X | Distancia mínima requerida |
| Ventero para la carga | Inspecciones |
| Otros: | |

**Atrapamiento**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Amputa miento n/a | Aplastamiento n/a | Fractura n/a |
| Muerte n/a | | |

| Control | | |
|---|---|---|
| No usar accesorios o ropa suelta | | |
| Señalización | Bloqueos | Barreras de seguridad |
| Inspecciones | Herramientas | Otros: |
| Otros: | | |

**Espacios confinados**



n/a

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Atrapamiento | Asfixia | intoxicación |
| Muerte | Pánico | ¿Profundidad? |

| Control | | |
|---|---|---|
| Vigía | Examen medico | Permiso |
| Señalización | Inspecciones | Ventilación |
| Medición de gases | iluminación | |
| Otros: | | |

**Electricidad**



n/a

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Quemaduras | Muerte | asfixia |
| | | |

| Control | | |
|---|---|---|
| Bloqueo y tarjetas | Capacitaciones | Inspecciones |
| Señalización | aislamiento eléctrico | |
| Personal capacitado y autorizado | | |
| Otros: | | |

**Ruido**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Contusión | Fatiga física | estrés |
| perdida de la audición | | |

| Control | | |
|---|---|---|
| Mediciones ocupacionales | | protector auditivo |
| Inspecciones | Tiempos de descanso | |
| Otros: | | |

**Incendio**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Muerte n/a | Intoxicación n/a | asfixia n/a. |
| Quemaduras n/a | | |

| Control | | |
|---|---|---|
| Red contra incendios n/a | | EPP'S n/a |
| Clasificación de sustancias n/a | | Brigadas n/a. |
| Inspecciones n/a | Orden y aseo | |
| Otros: | | |

**Trabajo en alturas**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Caída a diferente nivel X | Contusión X | Fractura X |
| Muerte X | ¿Altura aproximada? n/a | |

| Control | | |
|---|---|---|
| Equipos para trabajo en alturas X | | Inspecciones X |
| Examen medico X | Verificación de puntos de anclaje | X |
| Señalización X | Certificado para trabajo en alturas | X |
| Permiso X | Vigía n/a | Otros: n/a |

**Transito**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Atropellamiento n/a | Aplastamiento n/a | Fractura n/a |
| Muerte n/a | Contusión n/a | |

| Control | | |
|---|---|---|
| Preoperacionales n/a | GPS n/a | Capacitaciones n/a |
| Señalización n/a | Distancia mínima seguridad n/a | |
| Licencia vigente n/a | | |
| Otros: n/a | | |

**Sustancias químicas**



n/a

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Quemaduras | intoxicación | asfixia |
| Muerte | | |

| Control | | |
|---|---|---|
| Hojas de seguridad | Capacitaciones | Inspecciones |
| Señalización | Matriz de compatibilidad | |
| Fichas de seguridad | EPP'S | |
| Otros: | | |

**Levantamiento de cargas**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Fatiga física X | lesiones musculoesqueléticas X | |
| Fracturas X | Contusión X | |

| Control | | |
|---|---|---|
| Capacitaciones X | Programa sobre levantamiento de cargas X | |
| Vigía X | | |
| | | |
| Otros: | | |

Elaboró: Diana Cardenas

Revisó: Tatiana Gómez

Aprobó: Adriana Martínez

Powered by CamScanner

**Exposición a altas temperaturas**



n/a

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Disconfort | Deshidratación | Golpe de calor |
| Quemaduras | | |
| **Control** | | |
| Generar zonas ventiladas en donde se genere sombra | | |
| Hidratación | Dotación completa | protector solar |
| lapsos de descanso | | |
| Otros: | | |

**Derrumbes**



n/a

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Atrapamiento | Aplastamiento | Fractura |
| Muerte | Contusión | |
| **Control** | | |
| Señalización | Estabilización de terrenos | |
| Inspecciones | Distancia mínima requerida | |
| Capacitaciones | | |
| Otros: | | |

**Mordeduras, picaduras, virus, bacterias**



n/a

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Alergias | Enfermedades agudas y crónicas | |
| Muerte | | |
| **Control** | | |
| Vacunación | Orden y aseo | Fumigación |
| Señalización | EPP'S | Capacitaciones |
| | | |
| Otros: | | |

**Vibraciones**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Contusión | Trastornos osteomusculares | |
| Disconfort | Alteraciones vasomotoras | |
| **Control** | | |
| Equipos que disminuyan la exposición de las personas | | |
| Lapsos de descanso | Intercambio del personal para la actividad | |
| | | |
| Otros: | | |

**Otros peligros:** si se identifican peligros diferentes a los que se encuentra establecidos en el formato, diligencie a continuación las casillas describiendo el peligro, riesgo y control presentes en la actividad a realizar.

| Peligro: | LOCATIVO | Peligro: | Fluido | Peligro: | | Peligro: | | Peligro: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| orden y Aseo | | uso de protección auditiva. | | | | | | | |
| **Riesgo:** | | **Riesgo:** | | **Riesgo:** | | **Riesgo:** | | **Riesgo:** | |
| **Control:** | | **Control:** | | **Control:** | | **Control:** | | **Control:** | |

## 6. FUENTES DE ENERGÍA

**Realice el paso a paso y responda las preguntas según la ejecución de la actividad**

| | | |
|---|---|---|
| A- ¿En la actividad a ejecutar hay presencia de fuentes de energía primaria como eléctricas, hidráulicas, neumáticas? | ☐ Si ☒ No | |
| B- ¿Dicha energía requiere ser bloqueada ya que genera situación de riesgo? | ☐ Si ☒ No | |
| C- ¿De que manera se realiza el bloqueo de energía ? | n/a | |
| D- ¿usted es un empleado autorizado y con la experiencia requerida para poner en ejecución los procedimientos del bloqueo de energía? | ☒ Si ☐ No | Si su respuesta es no, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión |
| E- ¿Después de realizar el bloqueo de la energía primaria, hay presencia de fuentes de energía secundarias como presión residual, energía eléctrica remanente, gravedad, energía mecánica acumulada? | | ☐ Si ☐ No |
| F- ¿De que manera es liberada las fuentes de energía secundarias? | n/a | |
| G- ¿Se notifico al demás personal sobre el corte de energía? | ☐ Si ☒ No | NO APLICA |

## 7. RIESGOS AMBIENTALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Durante la ejecución de la actividad, existe la probabilidad de generar algún tipo de contaminante para el medio ambiente como derrames, emisión de partículas, etc.? | | ☐ Si ☐ No | |
| ¿Se ha generado medidas preventivas para evitar contaminación ambiental? | ☐ Si ☐ No | ¿Cuáles? | El material sobrante de la actividad es reciclable |

## 8. HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

| Marque con una X la clasificación del equipo o la herramienta a usar | | Describa las herramientas o equipos a utilizar |
|---|---|---|
| Manuales | X | Pisatero / macheta / Porro |
| Eléctricos | X | Demoledor |
| Neumáticas | n/a | |
| Hidráulicas | n/a | |
| Hidráulicas | n/a | |
| Mecánicas | n/a | |
| Otros | n/a. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Las herramientas y equipos mencionado anteriormente se encuentran en buen estado? | | ☐ Si ☒ No | |
| ¿Qué anomalías presentan los equipos y herramientas? | NO PRESENTAN NINGUNA OBSERVACIÓN EQUIPOS EN BUEN ESTADO PARA LAS FUNCIONES ADECUADAS | | |

Ninguna.

## 9. ANÁLISIS DE LA TAREA

¿Es posible, probable o casi seguro que ocurra un incidente al ejecutar la actividad?

☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☐ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

## 10. RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD

**Personas que diligencian el ATS** Ha analizado la actividad a ejecutar, identificando los peligros y riesgos existentes para así dar cumplimiento a las medidas de control antes, durante y después de la actividad, con la finalidad de preservar la integridad física y mental de las personas que van a ejecutar la labor

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| GARCIA CASTAÑEDA EDWIN ANDRES | 1.093.904.318 | SUPERVISOR | |
| RIAÑO VALENCIA VERNSON STIVEN | 1073230392 | INSTALADOR | |
| TAPIERO BERMUDEZ MARIA CONSUELO | 1.109.306.662 | COORDINADOR DE ALTURAS | |

Powered by CamScanner

**Personas que ejecutan la actividad.** Manifiesto que estoy enterado a los peligros y riesgos existentes al ejecutar la actividad, también manifiesto que conozco los elementos de protección personal necesarios, al igual que las medidas de control para la disminución de probabilidad que se presenten accidentes o incidentes de trabajo. Me comprometo a realizar la actividad con las medidas preventivas necesarias, ejecutando actos seguros para mi integridad y la integridad de mis compañeros, e informar cualquier imprevisto o condición insegura que se pudiese presentar en el trascurso de la actividad.

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| ~~GARCIA CADENA JHON FABIAN ANDRES~~ | ~~1.083.894.316~~ | ~~INSTALADOR~~ | |
| ~~URAÑO JIMENEZ YEISSON STIVEN~~ | 1073250392 | INSTALADOR | |
| Sergio Navarrete Bolivar | 1003778186 | Ayudante | |
| Jhon Sebastian Perez | 1007979537 | | |
| Duvan Hernandez Ojeda | 1006122787 | Ayudante | |
| Yeicy Sneyder Perez Ortiz | 1057602689 | Ayudante | |
| Luis Eduardo Perez | 1.070.598 | Maestro | |

**Persona encargada de la actividad**

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| ~~SANDRO ENRIQUE MOGOLLON SUELO~~ | ~~1.106.900.663~~ | COORDINADOR DE ALTURAS | |

**Ingeniero residente**

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| Jefferson A. Loaiza Rodriguez. | 1013590546 | Inspector. | |

**HSE**

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| Said Julio Ruiz | 1024522130 | SST | |

**11. RIESGOS POTENCIALES**

| Descripción del trabajo/ tarea | Riesgo potencial | Acciones preventivas |
|---|---|---|
| Demolicion del bajo<br>Trasiego del escombro<br>Duvan | Locativo biomecanico | Uso de ayudas mecanicas y manuales |

**12. CIERRE DE LA ACTIVIDAD**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿La actividad ha sido terminada? | Si ☐ | No ☐ | | |
| ¿El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras? | Si ☐ | No ☐ | | |
| ¿Entrega área limpia y libre de desechos y materiales? | Si ☐ | No ☐ | Nombre, firma y cédula de la persona quién entrega la actividad | Nombre, firma y cédula de quién recibe la actividad (HSE - Ingeniero residente-Profesional SST) |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| PÁGINA 1 DE 3 | ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | PROFESIONALES ASOCIADOS.com |
| CÓDIGO: HSEQ-F-063 | | |
| VERSIÓN: 3 | | |
| DOCUMENTO CONTROLADO | | |

## 1. GENERALIDADES DE LA ACTIVIDAD

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de elaboración: | 25/01/23 | Hora de Inicio: | 7:00 am X p.m. ☐ | Vigencia del ATS: | 28/01/2023. | Hora de finalización: | 5:00 pm. |
| Localización / Ubicación | X Sede Principal ☐ Planta ☐ Proyecto | | | Planta / Proyecto: | Entre Nubes sede A. | | |
| Ubicación exacta donde se realiza la actividad: | Entre Nubes. | | | | | | |
| Descripción de la tarea: | Cale ventaneria metalica. | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Para esta actividad se requiere permiso de trabajo: | X Si ☐ No | Tipo de trabajo: | Espacio confinado ☐ | Trabajo en caliente X. | Atmosferas peligrosas ☐ |
| Excavaciones ☐ | Manejo mecánico de cargas ☐ | Manejo de sustancias químicas ☐ | Trabajos en caliente ☐ | Trabajos eléctricos ☐ | |

## 2. RESTRICCIONES PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Cómo se encuentra su estado de salud? | ✓ | ¿Cómo se encuentra su estado anímico? | ✓ |
| ¿Ha descansado bien las últimas 24 horas? | ✓ | ¿En las últimas 24 horas ha consumido algún tipo de medicamento? ¿Cuál? | NO |
| ¿En las últimas 24 horas ha consumido sustancias psicoactivas o licor? ¿Cuáles? | NO. | ¿Se encuentra en óptimas condiciones para ejecutar la actividad? | SI |
| ¿Es la primera vez que realiza la actividad? | NO | ¿Tiene el entrenamiento/ experiencia que la actividad requiere? | SI |
| ¿Conoce los equipos y herramientas necesarios para la ejecución de la actividad? | SI | | |

## 3. CONDICIONES NATURALES

¿Hay presencia de condiciones naturales que generen peligro para la ejecución de la actividad cómo por lluvias, viento, tormentas eléctricas, derrumbes, entre otros? NO.

¿Cuáles son las medidas a tomar?

## 4. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Marque con una X los elementos de protección personal necesarios para realizar la actividad de forma segura

| Casco | Guantes | Dotación | Gafas | Respirador | Careta | Equipos para trabajo en alturas | EPP'S trabajo en caliente | Protector auditivo | Botas de seguridad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | X | X | X | X | NA | NA | NA | ✓ | ✓ |

Otros EPP'S:

## 5. PELIGROS

Marque con una X los peligros identificados en la actividad , al igual que los riesgos y sus respectivas medidas de control

**Caída de objetos**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Atrapamiento NA. | Aplastamiento | Fractura ✓ |
| Muerte | Contusión ✓ | |
| **Control** | | |
| Vigía para actividades de manejo de cargas | | |
| Señalización X | Distancia mínima requerida ✓ | |
| Vientos para la carga | Inspecciones ✓ | |
| Otros: | | |

**Atrapamiento**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Amputa miento ✓ | Aplastamiento ✓ | Fractura ✓ |
| Muerte ✓ | | |
| **Control** | | |
| No usar accesorios o ropa suelta ✓ | | |
| Señalización | Bloqueos | Barreras de seguridad |
| Inspecciones | Herramientas | Otros: |
| Otros: | | |

**Espacios confinados**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Atrapamiento NA. | Asfixia | intoxicación |
| Muerte | Pánico NA. | ¿Profundidad? |
| **Control** | | |
| Vigía | Examen medico | Permiso |
| Señalización | Inspecciones | Ventilación |
| Medición de gases | Iluminación | |
| Otros: | | |

**Electricidad**



N/A.

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Quemaduras | Muerte | asfixia |
| | | |
| **Control** | | |
| Bloqueo y tarjetas | Capacitaciones | Inspecciones |
| Señalización | aislamiento eléctrico | |
| Personal capacitado y autorizado | | |
| Otros: | | |

**Ruido**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Contusión ✓ | Fatiga física | estrés |
| pérdida de la audición ✓ | | |
| **Control** | | |
| Mediciones ocupacionales | | protector auditivo ✓ |
| Inspecciones | Tiempos de descanso ✓ | |
| | | |
| Otros: | | |

**Incendio**



N/A

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Muerte | intoxicación | asfixia |
| Quemaduras | | |
| **Control** | | |
| Red contra incendios | | EPP'S |
| Clasificación de sustancias | | Brigadas |
| Inspecciones | Orden y aseo | |
| Otros: | | |

**Trabajo en alturas**



N/A.

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Caída a diferente nivel | Contusión | Fractura |
| Muerte | ¿Altura aproximada? | |
| **Control** | | |
| Equipos para trabajo en alturas | | Inspecciones X |
| Examen medico | Verificación de puntos de anclaje | |
| Señalización | Certificado para trabajo en alturas | |
| Permiso X | Vigía | Otros: |

**Transito**



N/A

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Atropellamiento | Aplastamiento | Fractura |
| Muerte | Contusión | |
| **Control** | | |
| Preoperacionales | GPS | Capacitaciones |
| Señalización | Distancia mínima requerida | |
| Licencia vigente | | |
| Otros: | | |

**Sustancias químicas**



NA.

| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Quemaduras | Intoxicación | asfixia |
| Muerte | | |
| **Control** | | |
| Etiquetas químicas | Capacitaciones | Inspecciones |
| Señalización | Hoja de compatibilidad | |
| Fichas de seguridad | EPP'S | |
| Otros: | | |

**Levantamiento de cargas**



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Fatiga física ✓ | lesiones musculoesqueléticas ✓ | |
| Fracturas | Contusión ✓ | |
| **Control** | | |
| Capacitaciones ✓ | Programa sobre levantamiento de cargas | |
| Vigía | | |
| Otros: | | |

Elaboró: Sharon Carmona

Revisó: Tatiana Gómez, Profesional HSEQ

Aprobó: Adriana Martínez, Directora HSEQ

Powered by CamScanner

Exposición a altas temperaturas



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Disconfort | Deshidratación | Golpe de calor |
| Quemaduras | | |
| **Control** | | |
| Generar zonas ventiladas en donde se genere sombra | | |
| Hidratación | Cobertura completa | protector solar |
| Lapsos de descanso | | |
| Otros: | | |

Mordeduras, picaduras, virus, bacterias



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Alergias | Enfermedades agudas y crónicas | |
| Muerte | | |
| **Control** | | |
| Vacunación | Orden y aseo | Fumigación |
| Señalización | EPP'S | Capacitaciones |
| | | |
| Otros: | | |

Derrumbes



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Atrapamiento | Aplastamiento | Fractura |
| Muerte | Contusión | |
| **Control** | | |
| Señalización | Estabilización de terrenos | |
| Inspecciones | Distancia mínima requerida | |
| Capacitaciones | | |
| Otros: | | |

Vibraciones



| Riesgos | | |
|---|---|---|
| Contusión | Trastornos osteomusculares | |
| Disconfort | Alteraciones vasomotoras | |
| **Control** | | |
| Equipos que disminuyan la exposición de las personas | | |
| Lapsos de descanso | Intercambio del personal para la actividad | |
| | | |
| Otros: | Pausas activas. | |

Otros peligros: si se identifican peligros diferentes a los que se encuentra establecidos en el formato, diligencie a continuación las casillas describiendo el peligro, riesgo y control presentes en la actividad a realizar

| Peligro: | LOCATIVO | Peligro: | | Peligro: | | Peligro: | | Peligro: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Orden y aseo. | | | | | | | | | |
| **Riesgo:** | | **Riesgo:** | | **Riesgo:** | | **Riesgo:** | | **Riesgo:** | |
| | | | | | | | | | |
| **Control:** | | **Control:** | | **Control:** | | **Control:** | | **Control:** | |
| | | | | | | | | | |

## 6. FUENTES DE ENERGÍA

Realice el paso a paso y responda las preguntas según la ejecución de la actividad

| | | |
|---|---|---|
| A- ¿En la actividad a ejecutar hay presencia de Fuentes de energía primaria como eléctricas, hidráulicas, neumáticas? | ☐ Si ☒ No | |
| B- ¿Dicha energía requiere ser bloqueada ya que genera situación de riesgo? | ☐ Si ☒ No | |
| C- ¿De que manera se realiza el bloqueo de energía ? | | |
| D-¿usted es un empleado autorizado y con la experiencia requerida para poner en ejecución los procedimientos del bloqueo de energía? | ☐ Si ☒ No | Si su respuesta es no, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión |
| E-¿Después de realizar el bloqueo de la energía primaria, hay presencia de fuentes de energía secundarias como presión residual, energía eléctrica remanente, gravedad, energía mecánica acumulada? | | ☐ Si ☐ No |
| F- ¿De que manera es liberada las fuentes de energía secundarias? | | |
| G- ¿Se notifico al demás personal sobre el corte de energía? | ☐ Si ☐ No | NO APLICA |

## 7. RIESGOS AMBIENTALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Durante la ejecución de la actividad, existe la probabilidad de generar algún tipo de contaminante para el medio ambiente como derrames, emisión de partículas, etc.? | | ☐ Si ☐ No | |
| ¿Se ha generado medidas preventivas para evitar contaminación ambiental? | ☐ Si ☐ No | ¿Cuáles? | El material sobrante de la actividad es reciclable |

## 8. HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR EN LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

| Marque con una X la clasificación del equipo o la herramienta a usar | | Describa las herramientas o equipos a utilizar |
|---|---|---|
| Manuales | | |
| Eléctricas | X | Polichola Dewalt. 037029. |
| Neumáticas | | |
| Hidráulicas | | |
| Hidráulicas | | |
| Mecánicas | | |
| Otras | | |

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las herramientas y equipos mencionado anteriormente se encuentran en buen estado? | ☒ Si ☐ No | |
| ¿Qué anomalías presentan los equipos y herramientas? | NO. | NO PRESENTAN NINGUNA OBSERVACIÓN EQUIPOS EN BUEN ESTADO PARA LAS FUNCIONES ADECUADAS |

## 9. ANÁLISIS DE LA TAREA

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente al ejecutar la actividad?

☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

☐ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☐ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

## 10. RESPONSABLES DE LA ACTIVIDAD

Personas que diligencian el ATS: He analizado la actividad a ejecutar, identificando los peligros y riesgos existentes para así dar cumplimiento a las medidas de control antes, durante y después de la actividad, con la finalidad de preservar la integridad física y mental de las personas que van a ejecutar la labor

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| ~~GUZMAN ESPINOSA JUAN ANDRES~~ | ~~1.082.804.218~~ | ~~INSTALADOR~~ | |
| ~~RUEDA VALENCIA YERSSON STIVEN~~ | ~~1073230398~~ | ~~INSTALADOR~~ | |
| ~~TARAZONA BERMUDEZ MARIA DANIELA~~ | ~~1.102.306.662~~ | ~~COORDINADOR DE ALTURAS~~ | |
| | | | |

Elaboró
Diana Carretero
HSE Operativo

Revisó
Tatiana Gómez
Profesional HSEQ

Aprobó
Adriana Martínez
Director HSEQ

Powered by CamScanner

**Personas que ejecutan la actividad:** Manifiesto que estoy enterado a los peligros y riesgos existentes al ejecutar la actividad, también manifiesto que conozco los elementos de protección personal necesarios, al igual que las medidas de control para la disminución de probabilidad que se presentan accidentes o incidentes de trabajo. Me comprometo a realizar la actividad con las medidas preventivas necesarias, ejecutando actos seguros para mi integridad y la integridad de mis compañeros, e informar cualquier imprevisto o condición insegura que se pudiese presentar en el trascurso de la actividad.

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| ~~GARCIA CANCHINGRE FABIAN ANDRES~~ | ~~1.002.504.216~~ | ~~SOPLADOR~~ | |
| ~~RUANO VALIENTE YERSSON STIVEN~~ | ~~1032456778~~ | ~~INSTALADOR~~ | |
| Wilmer Acevedo | 1.073.727.863 | Ayudante | |

**Persona encargada de la actividad**

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| ~~TARAZONA HERNANDEZ MARIA CONSUELO~~ | ~~1.103.500.002~~ | ~~COORDINADOR DE ALTURAS~~ | |

**Ingeniero residente**

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| Jeffenson A. Duarte R. | 1013.590.546 | Inspector | |

**HSE**

| Nombre | Cédula | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| Valentina Portilla | 1033792061 | Tecnica SST | Valentina. |

**11. RIESGOS POTENCIALES**

| Descripción del trabajo/ tarea | Riesgo potencial | Acciones preventivas |
|---|---|---|
| Corte ventanaria metalica | Cortes, esguinces, | Uso adecuado de epp protección visual |

**12. CIERRE DE LA ACTIVIDAD**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿La actividad ha sido terminada? | Si ☐ | No ☐ | | Valentina Portilla 1033792061 |
| ¿El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras? | Si ☐ | No ☐ | | |
| ¿Entrega área limpia y libre de desechos y materiales? | Si ☐ | No ☐ | Nombre, firma y cédula de la persona quién entrega la actividad | Nombre, firma y cédula de quién recibe la actividad (HSE - Ingeniero residente-Profesional SST) |

Powered by CamScanner