REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **72.136.268**

VILLERA VERGARA

APELLIDOS

JOSE ALBERTO

NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1965**

SAN MARCOS
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-SEP-1984 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0300150-00250341-M-0072136268-20100818 **0023**447859A 1 3510890042

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
105639-T



JOSE ALBERTO
VILLERA VERGARA
C.C.72136268
RESOLUCION INSCRIPCION 213 FECHA 2004/10/21
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE

PRESIDENTE

MIGUEL TIQUE PEÑA 115270

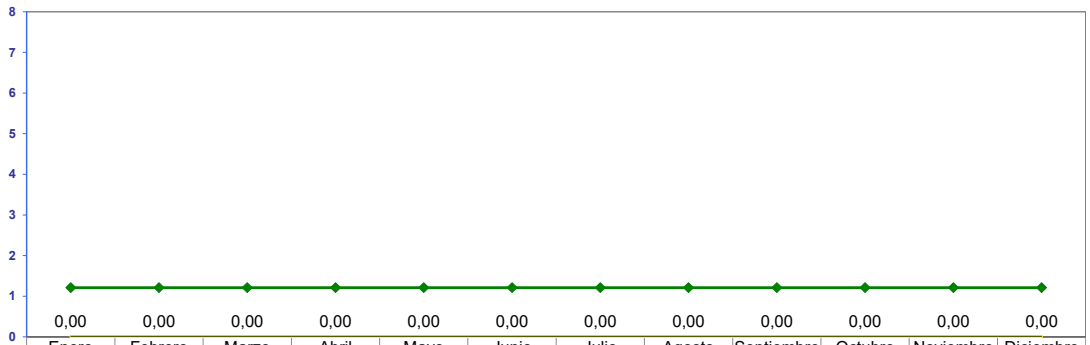
IDEQS

FIRMA DEL TITULAR **25480**

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

ANEXO SST-09. INDICADORES SST INTERVENTORÍA

INGENIERIA MASTER SAS	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR							
	Nombre del Indicador	Frecuencia de Accidentalidad			Responsable		Coordinador SST		
Formula del Indicador:		Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100				Tipo de Indicador	Resultado		
Definicion / Objetivo		Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.							
Interpretacion		Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo							
Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Reporte de AT	Unidades	NUMERO	Tendencia esperada	Disminuir
Meta	1,21				Nivel satisfactorio	0,00	Nivel critico	>2,41	

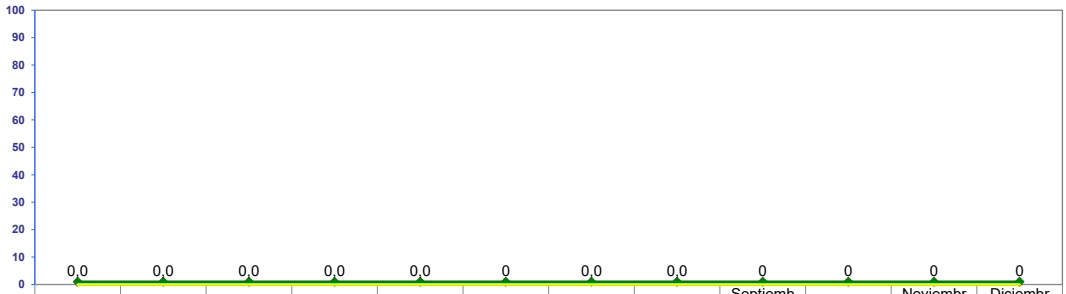


	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
INDICE DE FRECUENCIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
META	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21	1,21
NIVEL CRÍTICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL SATISFACTORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

0

MES	META	Número de accidentes de trabajo que se presentaron	Número de trabajadores en el mes	FRECUENCIA	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	1,21	0	**6**	0,00	Durante el primer trimestre del año no se presentaron Accidentes laborales	NO APLICA
Febrero	1,21	0	**8**	0,00		
Marzo	1,21	0	**9**	0,00		
Abril	1,21	0		#¡DIV/0!		
Mayo	1,21	0		#¡DIV/0!		
Junio	1,21	0		#¡DIV/0!		
Julio	1,21	0		#¡DIV/0!		
Agosto	1,21	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	1,21	0		#¡DIV/0!		
Octubre	1,21	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	1,21	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	1,21	0		#¡DIV/0!		
TOTALES	1	0	8	0,00		

INGENIERIA MASTER SAS	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR										
	Nombre del Indicador	Severidad de accidentalidad			Responsable	Coordinador SST						
Formula del Indicador:	(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				Tipo de Indicador	Resultado						
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.											
Interpretacion	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo											
Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Incapacidades por AT	Unidades	Numero	Tendencia esperada	Disminuir			
Meta	1,0				Nivel satisfactorio	0	Nivel critico	>5,0				



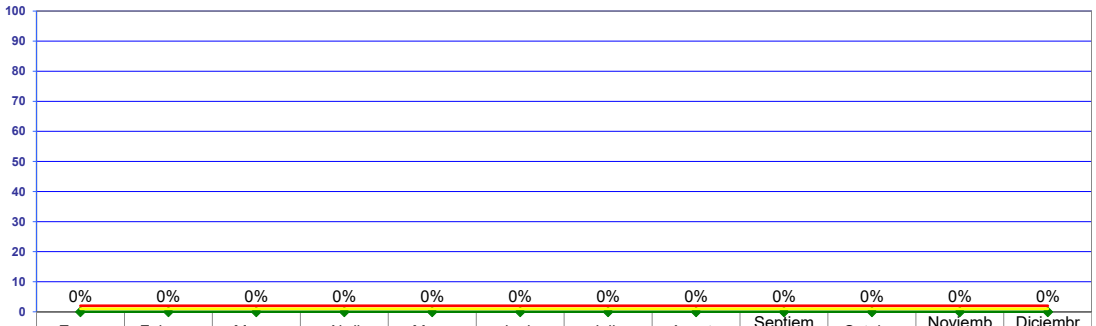
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
INDICE DE SEVERIDAD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0	0	0
META	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
NIVEL CRÍTICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL SATISFACTORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

0

MES	META	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	INDICE DE SEVERIDAD	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	1,0	0	0	6	0,0	Durante el primer trimestre del año, no se pesentaron accidentes laborales, por ende no hubo dias perdidos de trabajo Manteniendo el indicador en 0 , cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Febrero	1,0	0	0	8	0,0		
Marzo	1,0	0	0	9	0,0		
Abril	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Mayo	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Junio	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Julio	1,0	5	0		#¡DIV/0!		
Agosto	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Octubre	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	1,0	0	0		#¡DIV/0!		
ANUAL		5	0	8	5		

#¡DIV/0!

INGENIERIA MASTER SAS	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR						
	Nombre del Indicador	Proporción de accidentes de trabajo mortales		Responsable		Coordinador SST		
Formula del Indicador:	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100			Tipo de Indicador		Resultado		
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.							
Interpretacion	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales							
Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Reporte de AT	Unidades	%	Tendencia esperada	Disminuir
Meta	0			Nivel satisfactorio	1	Nivel critico	2		



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
INDICE DE PROPORCION	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
META	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL CRÍTICO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
NIVEL SATISFACTORIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

0

MES	META	Número de accidentes de trabajo Mortales	Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el MES	INDICE DE PROPORCION	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	0	0	0	0%	Durante el primer trimestre del año, no se pesentaron accidentes laborales Mortales o que hayan generado perdida en el individuo, cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Febrero	0	0	0	0%		
Marzo	0	0	0	#¡DIV/0!		
Abril	0	0		#¡DIV/0!		
Mayo	0	0		#¡DIV/0!		
Junio	0	0		#¡DIV/0!		
Julio	0	0		#¡DIV/0!		
Agosto	0	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	0	0		#¡DIV/0!		
Octubre	0	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	0	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	0	0		#¡DIV/0!		
Anual		0	0	#¡DIV/0!		

	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR						
	Nombre del Indicador	Prevalencia de la enfermedad laboral			Responsable		Coordinador SST	
Formula del Indicador:		(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000				Tipo de Indicador	Proceso	
Definicion / Objetivo		Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.						
Interpretacion		Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z						
Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Reporte de EL	Unidades	Numero	Tendencia esperada	Mantener
Meta	0				Nivel satisfactorio	2	Nivel critico	3	

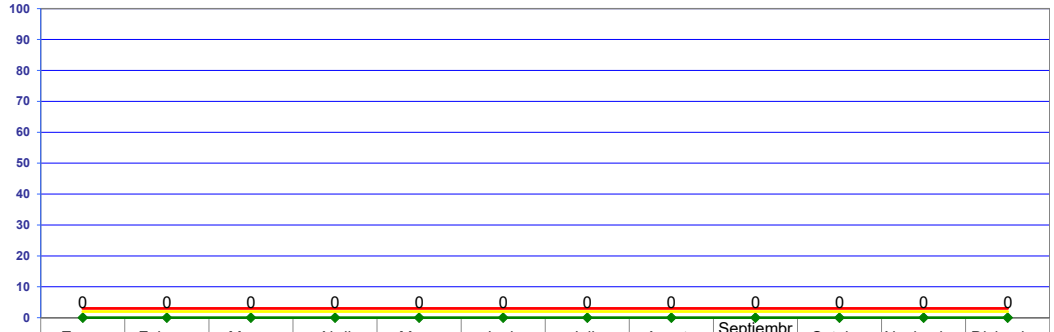


	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
INDICE DE PREVALENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
META	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL CRÍTICO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
NIVEL SATISFACTORIO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

0

MES	META	Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo	Número de trabajadores en el mes	INDICE DE PREVALENCIA	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	0	0	**6**	0	De acuerdo con el monitoreo en el primer trimestre del año, no se cuenta con casos antiguos de enfermedad laboral.	NO APLICA
Febrero	0	0	**8**	0		
Marzo	0	0	**9**	0		
Abril	0	0		#¡DIV/0!		
Mayo	0	0		#¡DIV/0!		
Junio	0	0		#¡DIV/0!		
Julio	0	0		#¡DIV/0!		
Agosto	0	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	0	0		#¡DIV/0!		
Octubre	0	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	0	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	0	0		#¡DIV/0!		
Anual		0	8	#¡DIV/0!		

INGENIERIA MASTER SAS	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR					
	Nombre del Indicador	Incidencia de la enfermedad laboral		Responsable		Coordinador SST	
Formula del Indicador:	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000			Tipo de Indicador		Resultado	
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.						
Interpretacion	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z						
Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Reporte de EL	Unidades	Numero	Tendencia esperada	Mantener
Meta	0			Nivel satisfactorio	2	Nivel critico	3		



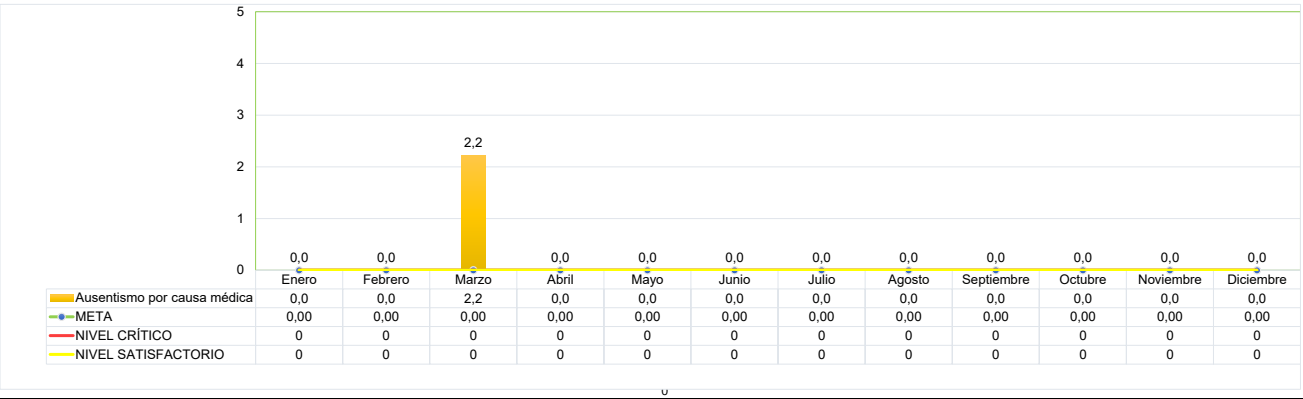
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Incidencia de la enfermedad laboral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
META	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL CRÍTICO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
NIVEL SATISFACTORIO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

0

MES	META	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo	Número de trabajadores en el mes	Incidencia de la enfermedad laboral	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	0	0	6	0	Durante el primer trimestre del año, no se pesentaron reportes por enfermedad laboral; cumpliendo la meta establecida	NO APLICA
Febrero	0	0	8	0		
Marzo	0	0	9	0		
Abril	0	0		#¡DIV/0!		
Mayo	0	0		#¡DIV/0!		
Junio	0	0		#¡DIV/0!		
Julio	0	0		#¡DIV/0!		
Agosto	0	0		#¡DIV/0!		
Septiembre	0	0		#¡DIV/0!		
Octubre	0	0		#¡DIV/0!		
Noviembre	0	0		#¡DIV/0!		
Diciembre	0	0		#¡DIV/0!		
Anual		0		#¡DIV/0!		

INGENIERIA MASTER SAS	INICIO	FICHA TECNICA DE INDICADOR			
	Nombre del Indicador		Ausentismo por causa médica	Responsable	Coordinador SST
Formula del Indicador:	Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100			Tipo de Indicador	Resultado
Definicion / Objetivo	Mantener y fortalecer un ambiente de trabajo seguro que permita evitar incidentes, accidentes laborales, Ausentismo por enfermedad común y Enfermedad laboral a través de la gestión del riesgo.				
Interpretacion	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica				

Frecuencia de medición	Mensual	Frecuencia de Presentacion de Indicador	Anual	Fuente de Información	Incapacidades	Unidades	%	Tendencia esperada	Disminuir
Meta	<1				Nivel satisfactorio	<0,7	Nivel critico	>1,5	



MES	META	Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes	Numero de trabajadores en el mes	Número de días de trabajo del mes	Numero de dias programados en el mes	Ausentismo por causa médica	ANALISIS DE CAUSAS	ACCIONES PROPUESTAS
Enero	<1	0	**6**	25	150	0,0	Durante el primer trimestre del año en el mes de marzo se reporto un ausentismo por incapcidad medica comun de 2 dias.	NO APLICA
Febrero	<1	0	**8**	24	192	0,0		
Marzo	<1	2	**9**	10	90	2,2		
Abril	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Mayo	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Junio	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Julio	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Agosto	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Septiembre	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Octubre	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Noviembre	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Diciembre	<1	0	**0**		0	#¡DIV/0!		
Anual		2	23	59	1357	0,15		
						#¡DIV/0!		

ANEXO SST-10. PLAN ANUAL INTERVENTORÍA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PORTADA

PLAN DE TRABAJO DE INGENIERIA MASTER Y CONSORCIOS

OBJETIVO

Establecer actividades para la implementacion del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo

ALCANCE

Este plan de trabajo aplica para todo el personal de INGENIERIA MASTER S.A.S y CONSORCIOS que lo integren, sin importar su tipo de vinculacion

RESPONSABLES

*Gerencia
*Gestion Humana
*Coordinador SGSST
*Trabajadores

RECURSOS

*Humanos
*Financieros
*Tecnologicos

ELEMENTOS DEL SG-SST	ACTIVIDADES MACRO	PROGRAMAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA 2023																								TOTAL AÑO	
					ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC			
					P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		P	
POLITICAS	POLITICAS DE GESTION DE LA EMPRESA		Realizar revisión de la politica, incluyendo alineación con el control de documentos establecido por la empresa	Coordinador SGSST																									0	0
			Comunicar al COPASST	Coordinador SGSST																									0	0
			Publicacion en sitio	Coordinador SGSST																									0	0
PLANIFICACION	OBJETIVOS	MATRIZ DE OBJETIVOS METAS E INDICADORES	Realizar actualización de la matriz de objetivos, metas e indicadores.	Coordinador SGSST																									0	0
			Realizar analisis de datos de indicadores y analisis de tendencias, estableciendo planes de accion	Coordinador SGSST					P						P						P						P		4	0
			Divulgar los indicadores a Recursos Humanos, Gerencia, Copasst y trabajadores. (Boletin informativo)	ASESOR ARL													P										P		2	0
	RECURSOS	MATRIZ DE PRESUPUESTO	Planificar las actividades y recursos para el presupuesto del año 2023	Coordinador SGSST			P																						1	0
			Divulgacion y presentacion del presupuesto a la alta direccion SG-SST	Coordinador SGSST			P																						1	0
			Realizar seguimiento al Presupuesto (Recursos financieros, humanos, tecnicos)	Coordinador SGSST											P												P		2	0
	INDUCCION Y REINDUCCION	REGISTROS DE INDUCCION Y REINDUCCION	Realizar Induccion y reinduccion a los trabajadores, Evaluacion de eficacia reinduccion personal directo y/o contratistas (Evaluar politicas y objetivos) Una vez el personal envie los registros por correo, se deberan imprimir los soportes y alimentar la base de datos del personal que realizo la reinduccion	ASESOR ARL	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2
	RESPONSABILIDADES SST Y RENDICION DE CUENTAS	PROCEDIMIENTO DE RENDICION DE CUENTAS SST	Evaluar el desempeño de los trabajadores en SST.	Coordinador SGSST	P	E																					P		2	1
			Enviar y solcializar funciones y responsabilidades. Realizar Rendicion de cuentas de Trabajadores	ASESOR ARL													P												1	0
			Realizar Rendicion de cuentas de Copasst y CCL.	Coordinador SGSST													P												1	0
	IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES	MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES	Consultar las fuentes de informacion de los requisitos legales e inclusion de requisitos en la matriz si son aplicables (Una vez identificado, se debe evaluar si el requisto legal y/o de otra indole es aplicable. En caso que este aplique, se debe registrar en el formato establecido)	ASESOR ARL					P						P						P						P		4	0
			Realizar análisis de tendencia del indicador de cumplimiento de requisitos legales que permita evidenciar el comportamiento y el cumplimiento de los requisitos legales establecidos	ASESOR ARL					P						P						P						P		4	0
			Comunicar nuevos requisitos legales (Boletin Informtivo)										P																1	0
			Presentar ante la alta dirección el resultado de las actividades de cumplimiento descritas en la Matriz De Requisitos Legales y la medición del indicador	ASESOR ARL																							P		1	0
	IDENTIFICACION DE PELIGROS	MATRIZ IPEVR	Aplicar encuesta a los trabajadores y realizar actualización de matriz de identificación de PEVR en la que se evidencia el alcance a todos los grupos empresariales de la empresa.	ASESOR ARL			P	E																					1	1
			Realizar seguimiento y ejecución de actividades planteadas en el plan de acción y priorización, Elaborar el plan de acción para el control de los riesgos, con el fin de mejorar los controles existentes si es necesario.	ASESOR ARL							P								P										2	0
			Comunicación Riesgos prioritarios identificados.(Boletin informativo)	ASESOR ARL					P																				1	0
	COMITÉ DE SEGURIDAD	COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	Realizar convocatoria y conformacion del comité de convivencia laboral								P																			
			Realizar revision de las actas del comte de convivencia laboral	Coordinador SGSST					P								P								P				3	0
			Realizar seguimiento a las actividades del comité de convivencia laboral	Coordinador SGSST					P								P								P				3	0
		COPASST	Realizar convocatoria y conformacion del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo								P																			
			Realizar revision de las actas del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	Coordinador SGSST					P								P								P				3	0
			Realizar seguimiento a las actividades del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	Coordinador SGSST					P								P								P				3	0
			EQUIPOS PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (ANDAMIOS Y ESCALERAS PORTALITES)	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en prevención de patologias auditivas	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Estilo de vida y trabajo saludable: estres y riesgo cardiovascular	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en prevención de enfermedades comunes y/o virales	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			0	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			MANEJO DE RESIDUOS BIOLOGICOS	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACIÓN CON ÉNFASIS EN AUTOCUIDADO Y ATENCIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE OFÍDICO.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			HOJAS DE SEGURIDAD DE PRODUCTOS Y MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS DE ASEO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	1	0
			USO SEGURO DE HERRAMIENTAS DE OFICINA.(prevencion de riesgos laborales en oficinas)	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			IMPORTANCIA DEL CUIDADO CON LA UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COCINA.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			IDENTIFICACION DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS	Coordinador SGSST	0	0	P	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			CAPACITACIONES PREVENCIÓN DEL RIESGO ELÉCTRICO EN OFICINA	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			ORDEN Y ASEO (Riesgo locativo)	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			AUTOCUIDADO E IMPORTANCIA DE USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EPP	Coordinador SGSST	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			PREVENCION DE ACCIDENTES POR CAIDAS A NIVEL	Coordinador SGSST	0	0			0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

APLICACIÓN	PROGRAMA DE CAPACITACION		IMPORTANCIA DEL USO ADECUADO DE LUZ ARTIFICIAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CURSO DE 50 HORAS VIRTUAL DEL SG-SST	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	1	0
			IDENTIFICACION DE PELIGROS, EVALUACION, Y VALORACION DEL RIESGO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES Y EL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			INSPECCION PLANEADAS	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CCL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			LIDERAZGO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN RESOLUCION DE CONFLICTO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	1	0
			PREVENCION DE ACOSO LABORAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			Capacitación sobre ergonomía aplicada en oficinas.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en higiene postural	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion en pausas activas y gimnasia laboral	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			Capacitacion el liderazgo	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA Y AFECTIVA	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN FATIGA LABORAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN HIGIENE DEL SUEÑO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRABAJO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPCITACION EN MANEJO DEL CONFLICTO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN MANEJO DE LA ECONOMIA Y FINANZAS EN EL HOGAR	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			PREVENCION DEL ACOSO LABORAL	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRANSITO	Coordinador SGSST	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			CAPACITACION EN LA PREVENCION DE ATRACOS, ROBOS, HURTOS, ELABORAR PROCEDIMIENTO OPERATIVO NORMALIZADO (PONS) EN CASO DE ATRACO, ROBOS Y/O HURTOS.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			DIVULGACION DE PROGRAMA DE PREVENCION DE RIESGO PUBLICO	Coordinador SGSST	P	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			NORMAS DE SEGURIDAD VIAL AL CONDUCTOR O PEATÓN (MANEJO DEFENSIVO, USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD, NORMAS Y SEÑALES DE TRÁNSITO.	Coordinador SGSST	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			PRIMEROS AUXILIOS POR ACCIDENTE GRAVE 1. REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR 2. PRIMEROS AUXILIOS Y MANEJO DE HERIDAS, HEMORRAGIAS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	1	0
			MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES (FRACTURAS Y ESGUINCES) DEPENDIENDO DE LA COMPLEJIDAD DE LA FRACTURA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	1	0
			MANEJO DE EQUIPOS DE EMERGENCIA: -MANEJO DE EXTINTORES AVANZADO (VENTILACION APLICADA A INCENDIO, SISTEMAS DE VENTILACION Y TACTICAS DE COMBATE DE INCENDIO)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0	1	0
			BUSQUEDA Y RESCATE (ESPACIOS CERRADO, ALTURA, TECNICAS DE BUSQUEDA EN PARALELO, BUSQUEDA PRIMARIA Y LLAMADO Y ESCUCHA)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0		
			CAPACITACION EN EVACUACION ENFOCADA A RIESGO PSICOSOCIAL ¿QUÉ HACER EN CASO QUE UNA [redacted]		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		0	0	0	0		
			TRANSPORTE DE LESIONADOS CON CAMILLAS MANUALES, CAMILLAS IMPROVISADAS, TECNICAS DE ARRASTRES DE PACIENTES.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			CLASIFICACION DE LOS INCENDIOS (COMPORTAMIENTO DEL FUEGO (APLICACION PRACTICA DE METODOS DE PROPAGACION DEL FUEGO)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Capacitacion en prevencion de patologias visuales por el uso de video terminales, pausas activas visuales		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Capacitacion en prevención de patologias auditivas		0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Charla: dislipidemia, Diabetes y riesgo cardiovascular		0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Estilo de vida y trabajo saludable: estres y riesgo cardiovascular		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P		P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			Capacitacion en prevención de enfermedades comunes y/o virales		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0		
			socializacion de prevencion de accidentes comunes y las afectaciones en salud con respecto a los mienbros inferiores		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P	0	0	0	0	0	0	0		
	COMUNICACION PARTICIPACION Y CONSULTA		Actualizar la matriz y socializar mecanismo de comunicación de participacion y consulta. Formato de Reporte de Actos y condiciones Inseguras (todos los trabajadores, jefes de areas y contratistas) Boletin Informativo	Coordinador SGSST			P	E																				1	1
			Realizar seguimiento semestral al reporte de actos y condiciones inseguras y hacer seguimiento a matriz de reportes de Actos y condiciones.	Coordinador SGSST										P													P		2	0
			Informar a los trabajadores y/o [redacted], Coppast sobre el desarrollo de todas las etapas del SG-SST Boletin Informativo.	Coordinador SGSST										P															1	0
	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		Entrega de EPP (Instrucciones de buen uso, y correcto mantenimiento del EPP, dejar registro en acta de entrega.	Coordinador SGSST									P															1	0
			Socializar instructivo para uso correcto de EPP																										
			Hacer seguimiento telefonico al personal, hasta recopilar los formatos de EPP enviados	ASESOR ARL				P					P					P							P		4	0
	PROGRAMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS		Seguimiento al programa de trabajo seguro en alturas	Coordinador SGSST						P							P								P		3	0
	PROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL		Planificacion de actividades del cronograma de Higiene Industrial	Coordinador SGSST																							0	0
			Seguimiento al cronograma de actividades del programa de higiene industrial.	Coordinador SGSST						P						P								P		3	0
	PROGRAMA ORDEN Y ASEO		Planificacion de actividades del cronograma de Orden y aseo	Coordinador SGSST			P	E															P			2	1
			Seguimiento al cronograma de actividades del programa de Orden y aseo	Coordinador SGSST						P						P								P		3	0
	PROGRAMA DE INSPECCIONES		Ejecutar el programa de inspecciones con cobertura en los grupos empresariales que la conforman, con la participación del COPASST.	Coordinador SGSST	P	R	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	0
			Realizar seguimeinto al cierre de indicadores y ejecucion del programa	Coordinador SGSST										P												P		2	0
	PLAN DE EMERGENCIAS		Divulgar los procedimientos operativos normalizados (PON´S) (Boletin informativo)	Coordinador SGSST								P															1	0
			Realizar reunion para definir el plan de ayuda mutua	Coordinador SGSST																							0	0
			Elaborar guion de simulacro con los escenarios a simular	Coordinador SGSST																		P					1	0
			Realizar simulacro (Barranquilla-Bogota)	Coordinador SGSST																		P					1	0
			Documentar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados de los simulacros	Coordinador SGSST																		P					1	0
			Tomar acciones de mejora, de acuerdo a los resultados.	Coordinador SGSST																		P					1	0
	PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA		Actualizacion y Planificacion del cronograma de actividades de medicina preventiva con base a el informe de condiciones de salud 2022	ASESOR ARL			P																					1	0
			Seguimiento al programa de medicina preventiva	ASESOR ARL						P							P								P		3	0
			Recopilacion y seguimiento de los compromisos medicos enviados	ASESOR ARL						P							P								P		3	0
	PROGRAMA DE RIESGO DE RIESGO PUBLICO		Actualizacion del programa de riesgo publico.	Coordinador SGSST			P																				1	0
			Seguimiento al programa de prevencion de riesgo publico	Coordinador SGSST						P							P								P		3	0

				ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC			
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PVE PREVENCION DESORDENES MUSCULO ESQUELETICOS	Planificacion de actividades del programa de prevencion de lesiones Osteomusculares	Coordinador SGSST	P	E																							1	1
		Aplicación de encuestas, para analisis 2023	Coordinador SGSST															P										1	0
		Seguimiento al programa de prevencion de lesiones osteomusculares	Coordinador SGSST							P								P								P		3	0
	PVE-PSICOSOCIAL	Planificacion de actividades del programa de vigilancia epidemiologica psicosocial	Coordinador SGSST			P																						1	0
		Seguimiento al programa de prevencion de vigilancia epidemiologica psicosocial.	Coordinador SGSST							P								P								P		3	0
	MANTENIMIENTO	Seguimiento al cumplimiento de las actividades del programa	Coordinador SGSST											P										P				2	0
	GESTION DEL CAMBIO	Identificacion de cambios y realizar gestion (evaluacion de riesgos, incluision en la matriz de peligros).	Coordinador SGSST																									0	0
		Efectuar las medidas de control y prevencion identificadas en la gestion del cambio (Acompañamieto del COPASST)	ASESOR ARL																									0	0
	ADQUISICION Y CONTRATACIONES	Verificar y monitorear el pago de Seguridad social de Contratistas	Coordinador SGSST											P												P		2	0
		Induccion a contratistas : Instruir a los contratistas sobre los presuntos accidentes de trabajo y enfermedades laborales ocurridos durante el periodo de vigencia del contrato	Coordinador SGSST																	P								1	0
		Informar a los contratistas los criterios a cumplir en SST (PROCEDIMIENTO)	Coordinador SGSST																	P								1	0
		Realizar monitoreos a los contratistas	Coordinador SGSST																	P				P				2	0
		Aplicar evaluacion de desempeño a proveedores y contratistas	Coordinador SGSST																					P				1	0
		Divulgar los resultados de la evaluacion de desempeño de proveedores y contratistas	Coordinador SGSST																					P				1	0
EVALUACION	AUDITORIA	Desarrollo de auditoria interna anual de SG-SST																								P		1	0
		Planificar auditorias internas con la participación de COPASST.	Coordinador SGSST			P																P						2	0
	REVISION POR LA ALTA DIRECCION	Realizar reunion Revision Gerencial	Coordinador SGSST																							P		1	0
		Comunicación Formal al Copasst, al representante del SG-SST de la Revision Gerencial quienes deberán definir e implementar las acciones	Coordinador SGSST					P																				1	0
	INVESTIGACION DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES	Alimentar base de datos de estadisticas de accidentalidad	Coordinador SGSST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2
		Realizar analisis de tendencias de las estadisticas	Coordinador SGSST													P										P		2	0
	EVALUACIÓN DE ESTANDARES MINIMOS	Realizar evaluación de estándares minimos para el periodo del año 2021, bajo Resolución 0312.	ASESOR ARL																							P		1	0
ACCIONES DE MEJORA	ACCION CORRECTIVA Y ACCION PREVENTIVA	Documentar y Realizar seguimiento a las acciones correctivas como resultados de la auditoria interna realizada en el año 2022 (cierre de los planes de accion)	Coordinador SGSST	P	E									P										P				3	1
		Documentar AC/AP según lo detectado en la revisión por la Alta Dirección del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Coordinador SGSST					P																		P		2	0
		Seguimiento a la apicacion de Induccion y reinduccion. Una vez finalizado el periodo solicitar los soportes a Universidad coorporativ ade Arl Seguros Bolivar, almacenar registros y alimentar encuesta sociodemografica.	Coordinador SGSST	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P		P		12	2
		Documentacion y envio de Informe a Gerencia proceso de induccion	Coordinador SGSST											p												p		2	0
		Desde la gerencia se emita un comunicado a todos los trabajadores acerca de la importancia de rendir cuentas frente a las responsbailidades de SST asignadas.	Coordinador SGSST																									0	0
		Realizar seguimiento a la cobertura de la reindicion de cuentas y establecer medidas de tipo disciplinario para los colaboradores que no realicen la actividad.	Coordinador SGSST													P		P										2	0
		Socializacion del procedimiento de acciones correctivas y preventivas a todos los lideres de procesos.	Coordinador SGSST			P																						1	0
		Seguimiento trimestral al establecimiento de AC y AP de acuerdo a los resultados de la supervision del SG	ASESOR ARL					P						P						P						P		4	0
		Informe a la gerencia acerca de los resultados de la evaluacion del SGSST periodica incluyendo la documentacion de AC y AP	Coordinador SGSST													P										P		2	0
	PLAN DE MEJORA	Realizar observacion de comportamiento para verificar aplicación de las normas em SST socializadas	Coordinador SGSST											P														1	0
		Incluir en el programa de Inspecciones la observacion del comportamiento	Coordinador SGSST																									0	0
		Definir estrategias para lograr la cobertura total de la aplicación de induccion y reinduccion del personal	Coordinador SGSST																									0	0
				8	7	15	7	23	0	22	0	22	0	24	0	16	0	15	0	15	0	15	0	16	0	31	0	212	14
				88%		47%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		7%	
				88%						0%						0%						0%							

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
P	8	15	23	22	22	24	16	15	15	15	16	31	212
E	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14

ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS

Periodo: 2022 - 2024

El representante legal y el DIRECTOR DE PROYECTO del CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS integrado por INGENIEIRA MÁSTER S.A.S

En cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 del 2015, la Resolución 2013 de 1986 "por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo" se designa como Vigía en Seguridad y Salud en el Trabajo en calidad de principal a: MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA Así mismo a NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON, se designa como vigía suplente.

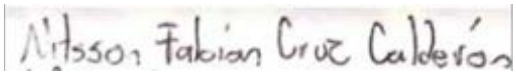
En virtud de lo anterior, los referidos actuarán como vigía principal y vigía suplente por el término de 2 años o el tiempo que ejecute el proyecto asignado. de conformidad con el Decreto 1295 de 1994, período durante el cual el empleador se obliga a facilitar el tiempo necesario dentro de la jornada laboral para que el VIGIA realice sus respectivas funciones.

VIGÍA PRINCIPAL



MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA
Cedula No. 1.023.976.667

VIGÍA SUPLENTE



NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON
Cedula No. 1.012.372.053

ANEXO SST-11. PLAN BÁSICO LEGAL

ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL VIGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS

Periodo: 2022 - 2024

El representante legal y el DIRECTOR DE PROYECTO del CONSORCIO INTERVENTORIA COLEGIOS integrado por INGENIEIRA MÁSTER S.A.S

En cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 del 2015, la Resolución 2013 de 1986 "por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo" se designa como Vigía en Seguridad y Salud en el Trabajo en calidad de principal a: MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA Así mismo a NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON, se designa como vigía suplente.

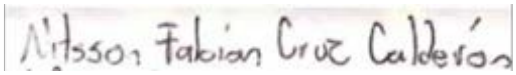
En virtud de lo anterior, los referidos actuarán como vigía principal y vigía suplente por el término de 2 años o el tiempo que ejecute el proyecto asignado. de conformidad con el Decreto 1295 de 1994, período durante el cual el empleador se obliga a facilitar el tiempo necesario dentro de la jornada laboral para que el VIGIA realice sus respectivas funciones.

VIGÍA PRINCIPAL



MABEL ELLYSETH VELASCO OSUNA
Cedula No. 1.023.976.667

VIGÍA SUPLENTE



NITSSON FABIAN CRUZ CALDERON
Cedula No. 1.012.372.053

ANEXO SST-12. GESTIÓN TRABAJO EN ALTURAS

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-04
		VERSION:	1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INICIO DE LA TAREA	HORA DE INICIO DE LA TAREA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA	HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA
23-03-2023	7:00 Am.	04-05-2023	5:00 Pm.

LUGAR DE TRABAJO: Colegio Nueva Delhi

TIPO DE TRABAJO: Supervicion tecnica.

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA: Supervicion inspección y verificación de actividades de obra en Cubierta.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR: ANDAMIO [X] ESCALERA PORTATIL [ ] OTRO ¿CUAL? _____

SE INVOLUCRA OTRA TAREA SI_____ NO_X_ ENERGIAS PELIGROSAS [ ] ESPACIOS CONFINADOS [ ] OTRO ¿Cuál? _____

ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD: 7 mts MTS. aprox.

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

VARIABLE	INGRESE VALORES
LONGITUD DELA ESLINGA	1,80
ABSORVEDOR DE CHOQUE	1,07
ALTURA DEL TRABAJADOR	1,70mts
FACTOR DE SEGURIDAD	0,9
DISTANCIA DE CAIDA LIBRE (TOTAL SUMATORIA)	5,47.



¿La distancia anclaje-obstaculo es mayor o igual a la distancia libre de caida? SI [X] [ ] Si la respuesta es NO, la configuracion del sistema utilizado no es segura. Evalue el uso de un sistema de restriccion.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS, DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Casco con barbuquejo sin señales de impacto fisuras, deformaciones, cambios de color y cualquier evidencia de daño.	C	Eslinga en " y" con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C
Gafas de seguridad (libre de cortes o roturas)	NA	Mosquetón de cierre automático libres de golpes, deformidad, corrosión u oxido.	C
Guantes apropiados para la tarea sin señales de daño	C	Anclaje portátil (tiee off) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	NA
Protectores auditivos sin desgastes o deformaciones	C	Linea de vida portátil y/o linea de trabajo debidamente certificada, fibras libres de desgastes, sin nudos y protegidas.	NA
Protección respiratoria apropiada para la tarea (desechable por turno, protege desde la punta nazal hasta el inicio del cuello)	C	Descendedores sin fisuras ni deformaciones, libres de bordes afilados y de corrosión, se muevan libremente y cierren correctamente.	NA
Botas de seguridad antideslizantes, sin deterioro general (no evidencia desgaste de la suela, fisura, rotura o desgaste general)	C	Absorbedores de energia todas las costuras estén en buen estado, sin deshilachados, manchas, quemaduras o deformaciones.	C
Arnés de cuerpo completo apropiado para la tarea (multipropósito o dieléctrico, según aplique) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C	El kit de rescate se encuentra disponible en el lugar de trabajo, en buenas condiciones generales, sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido, etc.	C
Eslinga de posicionamiento con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C	Linea de vida auto retráctil sin puntos de corrosión, el sistema de bloqueo funciona correctamente, libre de hilos rotos en el cable, conectores libres de corrosión y deformación.	NA
Se comprobó el lugar de anclaje certificado y autorizado	C	El punto de anclaje es adecuado, resistente y no presenta deterioro (oxidación, corrosión, deformación, etc.)	C.

OTRO(S):

SISTEMAS DE ACCESO UTILIZADOS DURANTE LA TAREA (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Se realizó chequeo preoperacional al sistema de acceso a utilizar y sus elementos.	C
Andamios han sido inspeccionados, son certificados, cumplen con las normas de seguridad.	C
Se verifico el estado de la escalera (limpia, zapatas en buen estado, adecuada conexión de los travesaños y escalones, sin rajaduras, pandadura, etc.)	C

OTRO(S):

El sistema de acceso es andamio certificado propiedad del subcontratista.

Powered by CamScanner

HERRAMIENTAS A UTILIZAR:

Celulares, Blocknotas, Flexometro.

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)	SI	NO	N.A.
Se ha instalado señalizacion preventiva que delimite el area de trabajo (Cinta, Conos, Señales Tubulares o Polisombras) De tal manera que se pueda aislar o restringir la Zona y no permita el paso a personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
Los trabajadores tienen competencia laboral y certificado de aptitud medico para el trabajo en alturas .	X		
Los Trabajadores estan certificdos en alturas (Curso Avanzado y/o Reentreamiento Vigente)	X		
Se diligencio previamente el analisis seguro de Trabajo AST	X		
Los equipos de protección contra caida, equipos de protección personal y sistemas de acceso a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
En caso de utilizar plataformas elevadoras, que éstas cumplan con las normas de seguridad			X
Equipos y herramientas revisados y en buen estado	X		
Existe supervisión directa de los trabajos	X		
Se tiene en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanía a lineas y/o equipos electricos energizados	X		
En caso de trabajar en espacios confinados (Cerrados) o trabajos en caliente (Trabajos donde se emite chispas o fuego). Se realizan las consultas preventivas respectivas, incluyendo otros permisos con requerimientos especiales			X
Se han previsto medios de rescate, en caso de ser necesario	X		
Se verificaron los puntos de anclaje y adaptadores de anclaje a utilizar	X		
Otros (especificar):			

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO; EMPRESA; EPS "SALUD"; AFP "PENSIÓN"; ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	EMPRESA	EPS	AFP	ARL
Nitsson Fabián Cruz C.	Inspector SST	Master Interventorias Colegios	Famisanar	Porvenir	Bolivar
Ivanne Fonseca	Inspector de Obra	Master Int. Colegio	Sanitas	Horizontes	Bolivar

FIRMA DE LOS TRABAJADORES (EJECUTORES) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"HE SOCIALIZADO EL ANALISIS DE RIESGOS, COMPRENDO LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN SER TOMADAS Y ME COMPROMETO A DESARROLLAR EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS, PROCURANDO EL AUTOCUIDADO, CUMPLIENDO PROCEDIMIENTOS Y EVITANDO ACTOS INSEGUROS. ASI COMO REPORTAR CUALQUIER DAÑO DE EQUIPOS O INCIDENTES Y/O ACCIDENTES PRESENTADOS"

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
Nitsson Fabián Cruz Calderón	Nitsson Fabián Cruz Calderón	1012317053.
Ivanne Marcela Fonseca		1049602978.

OBSERVACIONES

TRABAJADORES O EJECUTORES:

SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR)

LUIS Carlos ROJAS. C.C 1013657571

PERMISO VALIDO DESDE:	FECHA	27-02-2023	HORA:	7:00 Am	HASTA:	FECHA	04-03-2023	HORA:	1:00 Pm

¿Se niega el permiso de trabajo? SI ___ NO ___ Firma En Sitio: Nombre Nitsson Fabian Cruz C. Cedula 1012317053 Firma Nitsson Fabian Cruz Calderon

Nota: en caso de haber ingerido licor durante las ultimas 24 horas, de requerir correccion visual y no hacer uso de ella o de haber ingerido algún medicamento que le produzca somnolencia, mareo o alteración de su condición de salud durante las ultimas 24 horas ABSTENGASE de participar en la ejecución de la actividad e infórmelo.

Powered by CamScanner

Si el permiso de trabajo fue negado, la información siguiente a partir de este punto no debe ser diligenciada y en todos los espacios en blanco se debe trazar una línea que los ocupe.

DATOS DE AUTORIZACION

Se afirma que se ha revisado el área de trabajo y que conforme al análisis de seguridad en el trabajo - AST se han establecido las medidas de control para los peligros identificados. Se autoriza la ejecución del trabajo.

Fecha de expedición: 27-02-2023 | Hora de inicio: 7:00 Am | Hora de Finalización: 5:00 Pm

Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas: Nombre Nilson Fabian Cedula 1012312053 Firma Nilson Fabián Cruz C.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"PERSONALMENTE HE VERIFICADO LA PREPARACION DE LOS EQUIPOS Y/O AREA PARA EL TRABAJO Y LO CONSIDERO SEGURO PARA PROCEDER CON SU EJECUCIÓN Y ME COMPROMETO A VELAR PARA QUE SE MANTENGAN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE PERMISO. CON EL OBJETIVO DE EVITAR QUE OCURRAN ACCIDENTES Y/O INCIDENTES A LAS PERSONAS, EQUIPOS, INSTALACIONES, MEDIO AMBIENTE."

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Luis Carlos Rojas	1073675771	

VoBo. Seguridad y Salud en el Trabajo:

OSERVACIONES ADICIONALES:

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-04
		VERSION:	1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INICIO DE LA TAREA	HORA DE INICIO DE LA TAREA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA	HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA
03-03-2023	8:00 Am	04-03-2023	5:00 Pm.

LUGAR DE TRABAJO: Colegio Salesiano — TIPO DE TRABAJO: Revision tecnica

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA: Revision tecnica en mantenimiento Cubierta.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

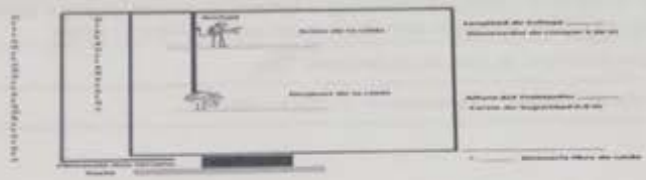
SIATEMA DE ACCESO A UTILIZAR: ANDAMIO ☐ ESCALERA PORTATIL ☐ OTRO ¿CUAL? _____

SE INVOLUCRA OTRA TAREA SI_____ NO_X_ | ENERGIAS PELIGROSAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ OTRO ¿Cuál? _____

ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD: _____ MTS.

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

VARIABLE	INGRESE VALORES
LONGITUD DELA ESLINGA	
ABSORVEDOR DE CHOQUE	1,07
ALTURA DEL TRABAJADOR	
FACTOR DE SEGURIDAD	0,9
DISTANCIA DE CAIDA LIBRE (TOTAL SUMATORIA)	



¿La distancia anclaje-obstaculo es mayor o igual a la distancia libre de caida? SI ☐ NO ☐ — Si la respuesta es NO, la configuracion del sistema utilizado no es segura. Evalue el uso de un sistema de restriccion.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS, DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Casco con barbuquejo sin señales de impacto fisuras, deformaciones, cambios de color y cualquier evidencia de daño.	C	Eslinga en "y" con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	NA
Gafas de seguridad (libre de cortes o roturas)	C	Mosquetón de cierre automático libres de golpes, deformidad, corrosión u oxido.	NA
Guantes apropiados para la tarea sin señales de daño	C	Anclaje portátil (tiee of) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	NA
Protectores auditivos sin desgastes o deformaciones	C	Línea de vida portátil y/o linea de trabajo debidamente certificada, fibras libres de desgastes, sin nudos y protegidas.	NA
Protección respiratoria apropiada para la tarea (desechable por turno, protege desde la punta nasal hasta el inicio del cuello)	C	Descendedores sin fisuras ni deformaciones, libres de bordes afilados y de corrosión, se muevan libremente y cierren correctamente.	NA
Botas de seguridad antideslizantes, sin deterioro general (no evidencia desgaste de la suela, fisura, rotura o desgaste general)	C	Absorbedores de energía todas las costuras estén en buen estado, sin deshilachados, manchas, quemaduras o deformaciones.	C
Arnés de cuerpo completo apropiado para la tarea (multipropósito o dieléctrico, según aplique) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C	El kit de rescate se encuentra disponible en el lugar de trabajo, en buenas condiciones generales, sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido, etc.	C
Eslinga de posicionamiento con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C	Línea de vida auto retráctil sin puntos de corrosión, el sistema de bloqueo funciona correctamente, libre de hilos rotos en el cable, conectores libres de corrosión y deformación.	NA
Se comprobó el lugar de anclaje certificado y autorizado	C	El punto de anclaje es adecuado, resistente y no presenta deterioro (oxidación, corrosión, deformación, etc.)	C.

OTRO(S):

SISTEMAS DE ACCESO UTILIZADOS DURANTE LA TAREA (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Se realizó chequeo preoperacional al sistema de acceso a utilizar y sus elementos.	√C
Andamios han sido inspeccionados, son certificados, cumplen con las normas de seguridad.	√C
Se verifico el estado de la escalera (limpia, zapatas en buen estado, adecuada conexión de los travesaños y escalones, sin rajaduras, pangadura, etc.)	√C

OTRO(S):

Powered by CamScanner

Si el permiso de trabajo fue negado, la información siguiente a partir de este punto no debe ser diligenciada y en todos los espacios en blanco se debe trazar una línea que los ocupe.

DATOS DE AUTORIZACIÓN

Se afirma que se ha revisado el área de trabajo y que conforme al análisis de seguridad en el trabajo - AST se han establecido las medidas de control para los peligros identificados. Se autoriza la ejecución del trabajo.

Fecha de expedición: 03-03-23	Hora de inicio: 8:00 Am	Hora de Finalización: 3:00 Pm

Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas: Nombre [illegible] Cedula 1012337053 Firma [illegible]

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)

"PERSONALMENTE HE VERIFICADO LA PREPARACION DE LOS EQUIPOS Y/O ÁREA PARA EL TRABAJO Y LO CONSIDERO SEGURO PARA PROCEDER CON SU EJECUCIÓN Y ME COMPROMETO A VELAR PARA QUE SE MANTENGAN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE PERMISO, CON EL OBJETIVO DE EVITAR QUE OCURRAN ACCIDENTES Y/O INCIDENTES A LAS PERSONAS, EQUIPOS, INSTALACIONES, MEDIO AMBIENTE."

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Luis Carlos Rojas	1013657571	

VoBo. Seguridad y Salud en el Trabajo:

OSERVACIONES ADICIONALES:

Powered by CamScanner

HERRAMIENTAS A UTILIZAR:

Herramientas

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)	SI	NO	N.A.
Se ha instalado señalizacion preventiva que delimite el area de trabajo (Cinta, Conos, Señales Tubulares o Polisombras) De tal manera que se pueda aislar o restringir la Zona y no permita el paso a personas o vehiculos ajenos a la labor.			✓
Los trabajadores tienen competencia laboral y certificado de aptitud medico para el trabajo en alturas .	✓		
Los Trabajadores estan certificdos en alturas (Curso Avanzado y/o Reentreamiento Vigente)	✓		
Se diligencio previamente el analisis seguro de Trabajo AST	✓		
Los equipos de protección contra caida, equipos de protección personal y sistemas de acceso a utilizar se encuentran en buenas condiciones	✓		
En caso de utilizar plataformas elevadoras, que éstas cumplan con las normas de seguridad	✓		
Equipos y herramientas revisados y en buen estado	✓		
Existe supervisión directa de los trabajos	✓		
Se tiene en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercania a lineas y/o equipos electricos energizados	✓		
En caso de trabajar en espacios confinados (Cerrados) o trabajos en caliente (Trabajos donde se emite chispas o fuego). Se realizan las consultas preventivas respectivas, incluyendo otros permisos con requerimientos especiales	✓		
Se han previsto medios de rescate, en caso de ser necesario	✓		
Se verificaron los puntos de anclaje y adaptadores de anclaje a utilizar	✓		
Otros (especificar):			

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO; EMPRESA; EPS "SALUD"; AFP "PENSIÓN"; ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	EMPRESA	EPS	AFP	ARL
Nitsson Cruz Cabterán	Inspector SST	Master	Famisanar	Porvenir	
x John Carlos Santana	Inspector Interventoria	Consorcio Interventoria Colegios	Alianzsalud	Porvenir	Bolivar
Luis Carlos Rosa	Residente SST	//	Compensar	Protección	Bolivar

FIRMA DE LOS TRABAJADORES (EJECUTORES) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"HE SOCIALIZADO EL ANALISIS DE RIESGOS, COMPRENDO LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN SER TOMADAS Y ME COMPROMETO A DESARROLLAR EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS, PROCURANDO EL AUTOCUIDADO, CUMPLIENDO PROCEDIMIENTOS Y EVITANDO ACTOS INSEGUROS, ASI COMO REPORTAR CUALQUIER DAÑO DE EQUIPOS O INCIDENTES Y/O ACCIDENTES PRESENTADOS"

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
Nitsson Fabián Cruz Cabterán	Nitsson Fabián Cruz	1023700573
x Luis Carlos Rosas		1013657571

OBSERVACIONES

TRABAJADORES O EJECUTORES:

SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR)

x John Santana

PERMISO VALIDO DESDE:	FECHA	03-03-23	HORA:	8:00 Am	HASTA:	FECHA	04-3-23	HORA:	(8) 5:00 P.M.

¿Se niega el permiso de trabajo? SI ___ NO X — Firma Emisor: Nombre Nitsson Fabián Cruz Cabterán — Cedula 1023700573 — Firma

Nota: en caso de haber ingerido licor durante las últimas 24 horas, de requerir corrección visual y no hacer uso de ella o de haber ingerido algún medicamento que le produzca somnolencia, mareo o alteración de su condición de salud durante las últimas 24 horas ABSTÉNGASE de participar en la ejecución de la actividad e infórmelo.

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-04
		VERSION:	1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INICIO DE LA TAREA	HORA DE INICIO DE LA TAREA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA	HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA
07-05-2023	8:00Am	13-03-2023	5:00 Pm

LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE TRABAJO:
Colegio Vitelma.	Inspeccion supervicion actividades en Cubierta

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:
Inspección Supervicion Validacion de actividades en Cubiertas

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

SIATEMA DE ACCESO A UTILIZAR: ANDAMIO ☐ ESCALERA PORTATIL ☑ OTRO ¿CUAL? _____

SE INVOLUCRA OTRA TAREA SI_____ NO X | ENERGIAS PELIGROSAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ OTRO ¿Cuál? _____

ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD: _____ MTS.

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

VARIABLE	INGRESE VALORES
LONGITUD DELA ESLINGA	
ABSORVEDOR DE CHOQUE	1,07
ALTURA DEL TRABAJADOR	
FACTOR DE SEGURIDAD	0,9
DISTANCIA DE CAIDA LIBRE (TOTAL SUMATORIA)	



¿La distancia anclaje-obstaculo es mayor o igual a la distancia libre de caida? SI ☐ No ☐ | Si la respuesta es NO, la configuracion del sistema utilizado no es segura. Evalue el uso de un sistema de restriccion.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS, DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Casco con barbuquejo sin señales de impacto fisuras, deformaciones, cambios de color y cualquier evidencia de daño.	C	Eslinga en "Y" con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C
Gafas de seguridad (libre de cortes o roturas)	C	Mosquetón de cierre automático libres de golpes, deformidad, corrosión u oxido.	NA
Guantes apropiados para la tarea sin señales de daño	C	Anclaje portátil (tiee of) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	NA
Protectores auditivos sin desgastes o deformaciones	NA	Línea de vida portátil y/o línea de trabajo debidamente certificada, fibras libres de desgastes, sin nudos y protegidas.	NA
Protección respiratoria apropiada para la tarea (desechable por turno, protege desde la punta nasal hasta el inicio del cuello)	C	Decsendedores sin fisuras ni deformaciones, libres de bordes afilados y de corrosión, se muevan libremente y cierren correctamente.	NA
Botas de seguridad antideslizantes, sin deterioro general (no evidencia desgaste de la suela, fisura, rotura o desgaste general)	C	Absorbedores de energía todas las costuras estén en buen estado, sin deshilachados, manchas, quemaduras o deformaciones.	NA
Arnés de cuerpo completo apropiado para la tarea (multipropósito o dieléctrico, según aplique) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C	El kit de rescate se encuentra disponible en el lugar de trabajo, en buenas condiciones generales, sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido, etc.	NA
Eslinga de posicionamiento con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C	Línea de vida auto retráctil sin puntos de corrosión, el sistema de bloqueo funciona correctamente, libre de hilos rotos en el cable, conectores libres de corrosión y deformación.	NA
Se comprobó el lugar de anclaje certificado y autorizado	NC.	El punto de anclaje es adecuado, resistente y no presenta deterioro (oxidación, corrosión, deformación, etc.)	C.

OTRO(S):

SISTEMAS DE ACCESO UTILIZADOS DURANTE LA TAREA (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Se realizó chequeo preoperacional al sistema de acceso a utilizar y sus elementos.	✓
Andamios han sido inspeccionados, son certificados, cumplen con las normas de seguridad.	NA
Se verifico el estado de la escalera (limpia, zapatas en buen estado, adecuada conexión de los travesaños y escalones, sin rajaduras, pangadura, etc.)	✓

OTRO(S):

Powered by CamScanner

HERRAMIENTAS A UTILIZAR:			

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)	SI	NO	N.A.
Se ha instalado señalizacion preventiva que delimite el area de trabajo (Cinta, Conos, Señales Tubulares o Poliombras) De tal manera que se pueda aislar o restringir la Zona y no permita el paso a personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
Los trabajadores tienen competencia laboral y certificado de aptitud medico para el trabajo en alturas .	X		
Los Trabajadores estan certificdos en alturas (Curso Avanzado y/o Reentreamiento Vigente)	X		
Se diligencio previamente el analisis seguro de Trabajo AST	X		
Los equipos de protección contra caida, equipos de protección personal y sistemas de acceso a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
En caso de utilizar plataformas elevadoras, que éstas cumplan con las normas de seguridad	X		
Equipos y herramientas revisados y en buen estado	X		
Existe supervisión directa de los trabajos	X		
Se tiene en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercania a lineas y/o equipos electricos energizados	X		
En caso de trabajar en espacios confinados (Cerrados) o trabajos en caliente (Trabajos donde se emite chispas o fuego). Se realizan las consultas preventivas respectivas, incluyendo otros permisos con requerimientos especiales	X		
Se han previsto medios de rescate, en caso de ser necesario	X		
Se verificaron los puntos de anclaje y adaptadores de anclaje a utilizar	X		
Otros (especificar):			

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO; EMPRESA; EPS "SALUD"; AFP "PENSIÓN"; ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	EMPRESA	EPS	AFP	ARL
Nitsson Fabián Cruz C.	1012372053	Interventoria Colegios Master Ing	Famisanar	Porvenir	Bolivar
John Carlos Santana	1012420871	Consorcio Interventoria Colegios	Aliansalud	Porvenir	Bolivar

FIRMA DE LOS TRABAJADORES (EJECUTORES) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"HE SOCIALIZADO EL ANALISIS DE RIESGOS, COMPRENDO LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN SER TOMADAS Y ME COMPROMETO A DESARROLLAR EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS, PROCURANDO EL AUTOCUIDADO, CUMPLIENDO PROCEDIMIENTOS Y EVITANDO ACTOS INSEGUROS, ASI COMO REPORTAR CUALQUIER DAÑO DE EQUIPOS O INCIDENTES Y/O ACCIDENTES PRESENTADOS"

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
Nitsson Fabián Cruz Calderón	Inspector SST	1012372053
John Carlos Santana	Santana	1012420871

OBSERVACIONES

TRABAJADORES O EJECUTORES:

SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR)

PERMISO VALIDO DESDE:	FECHA	07-03-2023	HORA:	8:00 Am	HASTA:	FECHA	11-03-23	HORA:	5:00 pm

¿Se niega el permiso de trabajo? SI ___ NO X — Firma Emisor: Nombre Nitsson Fabian Cruz C. Cedula 1012372053 Firma Nitsson Fabian Cruz C.

Nota: en caso de haber ingerido licor durante las últimas 24 horas, de requerir corrección visual y no hacer uso de ella o de haber ingerido algún medicamento que le produzca somnolencia, mareo o alteración de su condición de salud durante las últimas 24 horas ABSTÉNGASE de participar en la ejecución de la actividad e infórmelo.

Powered by CamScanner

Si el permiso de trabajo fue negado, la información siguiente a partir de este punto no debe ser diligenciado y en todos los espacios en blanco se debe trazar una línea que los ocupe.

DATOS DE AUTORIZACION

Se afirma que se ha revisado el área de trabajo y que conforme al análisis de seguridad en el trabajo - AST se han establecido las medidas de control para los peligros identificados. Se autoriza la ejecución del trabajo.

Fecha de expedición: 07-03-2023	Hora de inicio: 8:00 Am	Hora de Finalización: 5:00 Pm

Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas: Nombre Nilsson Fabian Cruz Cedula 1022376053 Firma Nilsson Fabian Cruz

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)

"PERSONALMENTE HE VERIFICADO LA PREPARACIÓN DE LOS EQUIPOS Y/O ÁREA PARA EL TRABAJO Y LO CONSIDERO SEGURO PARA PROCEDER CON SU EJECUCIÓN Y ME COMPROMETO A VELAR PARA QUE SE MANTENGAN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE PERMISO, CON EL OBJETIVO DE EVITAR QUE OCURRAN ACCIDENTES Y/O INCIDENTES A LAS PERSONAS, EQUIPOS, INSTALACIONES, MEDIO AMBIENTE."

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Luis Carlos Rosa	1013651571	

Vo.Bo. Seguridad y Salud en el Trabajo:

OSERVACIONES ADICIONALES:

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER S.A.S	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-04
		VERSION:	1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INICIO DE LA TAREA	HORA DE INICIO DE LA TAREA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA	HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA
06-03-2023.	8:00 Am.	12-03-2023.	5:30 Pm.

LUGAR DE TRABAJO: Colegio Nueva Delhi — TIPO DE TRABAJO:

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA: Supervisión, inspección y verificación de actividades de mantenimiento en Cubierta.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

SIATEMA DE ACCESO A UTILIZAR: ANDAMIO [✓] ESCALERA PORTATIL [ ] OTRO ¿CUAL? _____

SE INVOLUCRA OTRA TAREA SI_____ NO [X] | ENERGIAS PELIGROSAS [ ] ESPACIOS CONFINADOS [ ] OTRO ¿Cuál? _____

ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD: 7 mts MTS. aprox

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

VARIABLE	INGRESE VALORES
LONGITUD DELA ESLINGA	1.80
ABSORVEDOR DE CHOQUE	1,07
ALTURA DEL TRABAJADOR	1,70mts aprox
FACTOR DE SEGURIDAD	0,9
DISTANCIA DE CAIDA LIBRE (TOTAL SUMATORIA)	5,97



¿La distancia anclaje-obstaculo es mayor o igual a la distancia libre de caída? Si [ ] No [X] [ ] Si la respuesta es NO, la configuracion del sistema utilizado no es segura. Evalue el uso de un sistema de restriccion.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS, DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Casco con barbuquejo sin señales de impacto fisuras, deformaciones, cambios de color y cualquier evidencia de daño.	C	Eslinga en " y" con absorbedor adecuado para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C
Gafas de seguridad (libre de cortes o roturas)	C	Mosquetón de cierre automático libres de golpes, deformidad, corrosión u oxido.	NA
Guantes apropiados para la tarea sin señales de daño	C	Anclaje portátil (tiee of) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	NA
Protectores auditivos sin desgastes o deformaciones	C	Línea de vida portátil y/o línea de trabajo debidamente certificada, fibras libres de desgastes, sin nudos y protegidas.	NA
Protección respiratoria apropiada para la tarea (desechable por turno, protege desde la punta nasal hasta el inicio del cuello)	C	Decsendedores sin fisuras ni deformaciones, libres de bordes afilados y de corrosión, se muevan libremente y cierren correctamente.	NA
Botas de seguridad antideslizantes, sin deterioro general (no evidencia desgaste de la suela, fisura, rotura o desgaste general)	C	Absorbedores de energía todas las costuras estén en buen estado, sin deshilachados, manchas, quemaduras o deformaciones.	C.
Arnés de cuerpo completo apropiado para la tarea (multipropósito o dieléctrico, según aplique) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C	El kit de rescate se encuentra disponible en el lugar de trabajo, en buenas condiciones generales, sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido, etc.	NA
Eslinga de posicionamiento con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C	Linea de vida auto retráctil sin puntos de corrosión, el sistema de bloqueo funciona correctamente, libre de hilos rotos en el cable, conectores libres de corrosión y deformación.	NA
Se comprobó el lugar de anclaje certificado y autorizado	NA	El punto de anclaje es adecuado, resistente y no presenta deterioro (oxidación, corrosión, deformación, etc.)	C
OTRO(S):			

SISTEMAS DE ACCESO UTILIZADOS DURANTE LA TAREA (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Se realizó chequeo preoperacional al sistema de acceso a utilizar y sus elementos.	C
Andamios han sido inspeccionados, son certificados, cumplen con las normas de seguridad.	C
Se verifico el estado de la escalera (limpia, zapatas en buen estado, adecuada conexión de los travesaños y escalones, sin rajaduras, pangadura, etc.)	C.
OTRO(S):	

Powered by CamScanner

HERRAMIENTAS A UTILIZAR:
Flexometro

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)	SI	NO	N.A.
Se ha instalado señalizacion preventiva que delimite el area de trabajo (Cinta, Conos, Señales Tubulares o Poliombras) De tal manera que se pueda aislar o restringir la Zona y no permita el paso a personas o vehiculos ajenos a la labor.	X		
Los trabajadores tienen competencia laboral y certificado de aptitud medico para el trabajo en alturas .	X		
Los Trabajadores estan certificdos en alturas (Curso Avanzado y/o Reentreamiento Vigente)	X		
Se diligencio previamente el analisis seguro de Trabajo AST	X		
Los equipos de protección contra caida, equipos de protección personal y sistemas de acceso a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
En caso de utilizar plataformas elevadoras, que éstas cumplan con las normas de seguridad			X
Equipos y herramientas revisados y en buen estado	X		
Existe supervisión directa de los trabajos	X		
Se tiene en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercania a lineas y/o equipos electricos energizados	X		
En caso de trabajar en espacios confinados (Cerrados) o trabajos en caliente (Trabajos donde se emite chispas o fuego). Se realizan las consultas preventivas respectivas. Incluyendo otros permisos con requerimientos especiales			X
Se han previsto medios de rescate, en caso de ser necesario	X		
Se verificaron los puntos de anclaje y adaptadores de anclaje a utilizar	X		
Otros (especificar):			

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO, EMPRESA, EPS "SALUD", AFP "PENSIÓN", ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	EMPRESA	EPS	AFP	ARL
Nilson Fabián Cruz C.	Respectar SST	Master Interventoria Colegios	Famisanar	Porvenir	Bolivar
John Carlos Santana	Inspector Interventoria	Consorcio Interventoria Colegios	Alianzalud	Porvenir	Bolivar
LUIS Carlos Rojas	Resident Interventoria	Consorcio SGTV Colegios	Compensar	Porvenir	Bolivar

FIRMA DE LOS TRABAJADORES (EJECUTORES) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"HE SOCIALIZADO EL ANALISIS DE RIESGOS, COMPRENDO LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN SER TOMADAS Y ME COMPROMETO A DESARROLLAR EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS PROCURANDO EL AUTOCUIDADO, CUMPLIENDO PROCEDIMIENTOS Y EVITANDO ACTOS INSEGUROS. ASI COMO REPORTAR CUALQUIER DAÑO DE EQUIPOS O INCIDENTES Y/O ACCIDENTES PRESENTADOS"

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
Nilson Fabián Cruz Calderón	Nilson Fabián Cruz Calderón	1012372053.
John Carlos Santana Bohórquez	Santana	1012420871
Luis Carlos Rojas Baron.		1013657571

OBSERVACIONES

TRABAJADORES O EJECUTORES:

SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR)

PERMISO VALIDO DESDE:	FECHA	06-03-23	HORA:	8:00 Am	HASTA:	FECHA	11 03 23	HORA:	5:30 Pm

¿Se niega el permiso de trabajo? SI ___ NO X — Firma Emisor: Nombre Nilson Fabián Cruz C. Cedula 1012372053 Firma Nilson Fabián Cruz C.

Nota: en caso de haber ingerido licor durante las últimas 24 horas, de requerir corrección visual y no hacer uso de ella o de haber ingerido algún medicamento que le produzca somnolencia, mareo o alteración de su condición de salud durante las últimas 24 horas ABSTÉNGASE de participar en la ejecución de la actividad e infórmelo.

Powered by CamScanner

Si el permiso de trabajo fue negado, la información siguiente a partir de este punto no debe ser diligenciada y en todos los espacios en blanco se debe trazar una línea que los ocupe.

DATOS DE AUTORIZACIÓN

Se afirma que se ha revisado el área de trabajo y que conforme al análisis de seguridad en el trabajo - AST se han establecido las medidas de control para los peligros identificados. Se autoriza la ejecución del trabajo.

Fecha de expedición: 06-05-2023	Hora de inicio: 8:00 Am	Hora de Finalización: 5:00 Pm.

Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas: Nombre Nilsson Fabián Cruz C. Cedula 1012337053 Firma Nilsson Fabián Cruz C.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"PERSONALMENTE HE VERIFICADO LA PREPARACION DE LOS EQUIPOS Y/O ÁREA PARA EL TRABAJO Y LO CONSIDERO SEGURO PARA PROCEDER CON SU EJECUCIÓN Y ME COMPROMETO A VELAR PARA QUE SE MANTENGAN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE PERMISO. CON EL OBJETIVO DE EVITAR QUE OCURRAN ACCIDENTES Y/O INCIDENTES A LAS PERSONAS, EQUIPOS, INSTALACIONES, MEDIO AMBIENTE"

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Nilsson Fabián Cruz C.	1012337053.	Nilsson Fabián Cruz C.

VoBo. Seguridad y Salud en el Trabajo:

OSERVACIONES ADICIONALES:

Se finaliza actividades de trabajo en alturas.

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-04
		VERSION:	1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INICIO DE LA TAREA	HORA DE INICIO DE LA TAREA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA	HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA
13-03-23	18-03-23 8:00	18-05-23	5:00 Pm

LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE TRABAJO:
Colegio Nueva Delhi San 12 de Oct.	Supervisión técnica

DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA: Supervision inspeccion de actividades en obra

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

SIATEMA DE ACCESO A UTILIZAR: ANDAMIO ☑ ESCALERA PORTATIL ☑ OTRO ¿CUAL? _____

SE INVOLUCRA OTRA TAREA SI_____ NO X | ENERGIAS PELIGROSAS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ OTRO ¿Cuál? _____

ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD: _____ MTS.

CALCULO DE DISTANCIA DE CAIDA LIBRE

VARIABLE	INGRESE VALORES
LONGITUD DELA ESLINGA	1,80
ABSORVEDOR DE CHOQUE	1,07
ALTURA DEL TRABAJADOR	1.70
FACTOR DE SEGURIDAD	0.9
DISTANCIA DE CAIDA LIBRE (TOTAL SUMATORIA)	



¿La distancia anclaje-obstaculo es mayor o igual a la distancia libre de caida? SI ☐ NO ☐ | Si la respuesta es NO, la configuracion del sistema utilizado no es segura. Evalue el uso de un sistema de restriccion.

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y LOS SIGUIENTES SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS, DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Casco con barbuquejo sin señales de impacto fisuras, deformaciones, cambios de color y cualquier evidencia de daño.	C	Eslinga en " Y" con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C
Gafas de seguridad (libre de cortes o roturas)	NA	Mosquetón de cierre automático libres de golpes, deformidad, corrosión u oxido.	C
Guantes apropiados para la tarea sin señales de daño	C	Anclaje portátil (lee of) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C
Protectores auditivos sin desgastes o deformaciones	NA	Linea de vida portátil y/o linea de trabajo debidamente certificada, fibras libres de desgastes, sin nudos y protegidas.	C
Protección respiratoria apropiada para la tarea (desechable por turno, protege desde la punta nasal hasta el inicio del cuello)	C	Decsendedores sin fisuras ni deformaciones, libres de bordes afilados y de corrosión, se muevan libremente y cierren correctamente.	NCA
Botas de seguridad antideslizantes, sin deterioro general (no evidencia desgaste de la suela, fisura, rotura o desgaste general)	C	Absorbedores de energía todas las costuras estén en buen estado, sin deshilachados, manchas, quemaduras o deformaciones.	C
Arnés de cuerpo completo apropiado para la tarea (multipropósito o dieléctrico, según aplique) sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido.	C	El kit de rescate se encuentra disponible en el lugar de trabajo, en buenas condiciones generales, sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, argollas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido, etc.	C
Eslinga de posicionamiento con absorbedor adecuada para la tarea (sin fibras descosidas, partidas, cristalizadas, manchadas, partes metálicas libres de golpes, deformidad, corrosión, oxido)	C	Linea de vida auto retráctil sin puntos de corrosión, el sistema de bloqueo funciona correctamente, libre de hilos rotos en el cable, conectores libres de corrosión y deformación.	NA
Se comprobó el lugar de anclaje certificado y autorizado	C	El punto de anclaje es adecuado, resistente y no presenta deterioro (oxidación, corrosión, deformación, etc.)	C.

OTRO(S):

SISTEMAS DE ACCESO UTILIZADOS DURANTE LA TAREA (ESPECIFICAR: CUMPLE= C NO CUMPLE = NC NO APLICA= NA)

Se realizó chequeo preoperacional al sistema de acceso a utilizar y sus elementos.	C
Andamios han sido inspeccionados, son certificados, cumplen con las normas de seguridad.	C.
Se verifico el estado de la escalera (limpia, zapatas en buen estado, adecuada conexión de los travesaños y escalones, sin rajaduras, pangadura, etc.)	C.

OTRO(S):

Powered by CamScanner

HERRAMIENTAS A UTILIZAR:			

PREPARACIÓN DEL AREA (MARQUE CON X)	SI	NO	N.A
Se ha instalado señalizacion preventiva que delimite el area de trabajo (Cinta, Conos, Señales Tubulares o Polisombras) De tal manera que se pueda aislar o restringir la Zona y no permita el paso a personas o vehículos ajenos a la labor.	X		
Los trabajadores tienen competencia laboral y certificado de aptitud medico para el trabajo en alturas .	X		
Los Trabajadores estan certificdos en alturas (Curso Avanzado y/o Reentreamiento Vigente)	X		
Se diligencio previamente el analisis seguro de Trabajo AST	X		
Los equipos de protección contra caída, equipos de protección personal y sistemas de acceso a utilizar se encuentran en buenas condiciones	X		
En caso de utilizar plataformas elevadoras, que éstas cumplan con las normas de seguridad			X
Equipos y herramientas revisados y en buen estado	X		
Existe supervisión directa de los trabajos			
Se tiene en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercania a lineas y/o equipos electricos energizados	X		
En caso de trabajar en espacios confinados (Cerrados) o trabajos en caliente (Trabajos donde se emite chispas o fuego), Se realizan las consultas preventivas respectivas, incluyendo otros permisos con requerimientos especiales			X
Se han previsto medios de rescate, en caso de ser necesario	X		
Se verificaron los puntos de anclaje y adaptadores de anclaje a utilizar	X		
Otros (especificar):			

PERMISO CONCEDIDO A LOS TRABAJADORES (NOMBRE, CARGO, EMPRESA, EPS "SALUD", AFP "PENSIÓN", ARL "RIESGOS")

NOMBRE	CARGO	EMPRESA	EPS	AFP	ARL
Nitsson Fabián Cruz Calderón	Inspector sst	Consorcio Interventoría Colegios SED.	Famisanar	Porvenir	Bolívar
Irma Marcela Fonseca	Inspector de Obra	"	Sanitas	Horizonte	Bolívar
Luis Carlos Rosas	Residente Mantenimiento	"	Compensar	Porvenir	AR Bolívar

FIRMA DE LOS TRABAJADORES (EJECUTORES) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"HE SOCIALIZADO EL ANALISIS DE RIESGOS, COMPRENDO LAS PRECAUCIONES QUE DEBEN SER TOMADAS Y ME COMPROMETO A DESARROLLAR EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS, PROCURANDO EL AUTOCUIDADO, CUMPLIENDO PROCEDIMIENTOS Y EVITANDO ACTOS INSEGUROS. ASI COMO REPORTAR CUALQUIER DAÑO DE EQUIPOS O INCIDENTES Y/O ACCIDENTES PRESENTADOS"

NOMBRE	FIRMA	CEDULA
Nitsson Fabián Cruz Calderón	Nitsson Fabián Cruz Calderón	1012373053.
Luis Carlos Rosas B	Luis Carlos R.	1013513571.

OBSERVACIONES

TRABAJADORES O EJECUTORES:

SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR)

PERMISO VALIDO DESDE:	FECHA	13-03-2023	HORA:	8:00 Am	HASTA:	FECHA	18-03-2023	HORA:	5:00 Pm.

¿Se niega el permiso de trabajo? SI ___ NO ___ Firma Emisor: Nombre Nitsson Fabián Cruz C. Cedula 1012373053 Firma Nitsson Fabián Cruz C.

Nota: en caso de haber ingerido licor durante las últimas 24 horas, de requerir corrección visual y no hacer uso de ella o de haber ingerido algún medicamento que le produzca somnolencia, mareo o alteración de su condición de salud durante las últimas 24 horas ABSTÉNGASE de participar en la ejecución de la actividad e infórmelo.

Powered by CamScanner

Si el permiso de trabajo fue negado, la información siguiente a partir de este punto no debe ser diligenciada y en todos los espacios en blanco se debe trazar una línea que los ocupe.

DATOS DE AUTORIZACIÓN

Se afirma que se ha revisado el área de trabajo y que conforme al análisis de seguridad en el trabajo - AST se han establecido las medidas de control para los peligros identificados. Se autoriza la ejecución del trabajo.

Fecha de expedición: 13-03-2023	Hora de inicio: 8:00 AM	Hora de Finalización: 5:00 P.m.

Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas: Nombre Nilson Fabián Cruz Cedula 1012357053 Firma Nilson Fabián Cruz C.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O JEFE (EMISOR) (NOMBRE, FIRMA Y NRO. DE CEDULA)
"PERSONALMENTE HE VERIFICADO LA PREPARACION DE LOS EQUIPOS Y/O ÁREA PARA EL TRABAJO Y LO CONSIDERO SEGURO PARA PROCEDER CON SU EJECUCIÓN Y ME COMPROMETO A VELAR PARA QUE SE MANTENGAN DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE PERMISO, CON EL OBJETIVO DE EVITAR QUE OCURRAN ACCIDENTES Y/O INCIDENTES A LAS PERSONAS, EQUIPOS, INSTALACIONES, MEDIO AMBIENTE"

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Luis Carlos Rosas		1071357571

VoBo. Seguridad y Salud en el Trabajo:

OSERVACIONES ADICIONALES:

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-10
		VERSION:	1
	INSPECCION DE ANDAMIOS	FECHA DE EMISION:	28/05/2019

FECHA DE INSPECCIÓN: DD /MM/ AAAA 13-03-23 | TIPO DE ANDAMIO: FIJO TUBULAR X | FIJO TIPO TIJERA: | LUGAR DE USO: Nueva Delhi

INSPECCIÓN PROGRAMADA | ETAPA DE MONTAJE X | RECEPCIÓN | INSPECCIONADO POR: Nitsson Cruz C.

MECANISMO	13-03-23			DD/MM/AAAA			15-03-23			16-03-23			DD/MM/AAAA		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Las bases estan niveladas, duras y rigidas y soporta 4 veces la carga que sostendra.	✓						✓			✓					
Se verifico el buen funcionamiento del freno.	✓						✓			✓					
La estructura esta adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	✓						✓			✓					
Los ganchos están libres de óxido, fisuras.	✓						✓			✓					

PLATAFORMA	13-03-23			DD/MM/AAAA			15-03-23			16-03-23			DD/MM/AAAA		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
plataformas resistentes, completas, aseguradas y sin separación no se deslizan.	✓						✓			✓					
Cuenta con protección para evitar caida de material.	✓						✓			✓					
Los tablones resisten tres veces el peso de trabajador y material.	✓						✓			✓					
Los tablones están libres de fisuras – torcidos.	✓						✓			✓					
Cuenta con doble pasamano.	✓						✓			✓					
Cuenta con guarda-pies.		✓						✓			✓				

CABLES Y CUERDAS DE ANCLAJE	DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Libres de efectos químicos o del calor															
Libres de señales de abrasión															
En la parte superior (anclaje) están sujetos con tres pernos por guaya.															
Están libres de hilos sueltos o reventados.															
Están libres de nudos o partes estranguladas															
El alma está cubierta por los torones.															

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-10
		VERSION:	1
	VALIDACIÓN DE INSPECCIÓN	FECHA DE EMISION:	3/07/2019

FECHA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
13-03-23	1	Nitsson Fabián Cruz C.	1012371053	Inspector SST	X		Nitsson Cruz C.
INSPECTOR SST:	Nitsson Fabián Cruz Calderón		1012371053	Inspector SST	X		Nitsson Cruz C.

FECHA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
DD MM AA	1						
INSPECTOR SST:							

FECHA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
15-03-23	1						
INSPECTOR SST:	Nitsson Fabián Cruz Calderón		1012371053	Inspector SST	X		Nitsson Cruz C.

FECHA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
16-03-23	1				X		
INSPECTOR SST:	Nitsson Fabián Cruz Calderón		1012371053	Inspector SST			Nitsson Cruz C.

FECHA	N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
DD MM AA	1						
INSPECTOR SST:							

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-10
		VERSION:	1
	INSPECCION DE ANDAMIOS	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE INSPECCIÓN: DD /MM/ AAAA 06-05-23 | TIPO DE ANDAMIO: FIJO TUBULAR X | FIJO TIPO TIJERA: | LUGAR DE USO: Exteriores

INSPECCIÓN PROGRAMADA | ETAPA DE MONTAJE X | RECEPCIÓN | INSPECCIONADO POR: Nitsson Cruz

MECANISMO	DD/MM/AAAA 06-05-23			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA 08-05-23			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Las bases estan niveladas, duras y rigidas y soporta 4 veces la carga que sostendra.	✓						✓								
Se verifico el buen funcionamiento del freno.	✓						✓								
La estructura esta adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	✓						✓								
Los ganchos están libres de óxido, fisuras.	✓						✓								

PLATAFORMA	DD/MM/AAAA 06-05-23			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
plataformas resistentes, completas, aseguradas y sin separación no se deslizan.	✓						✓								
Cuenta con protección para evitar caida de material.	✓						✓								
Los tablones resisten tres veces el peso de trabajador y material.	✓						✓								
Los tablones están libres de fisuras – torcidos.	✓						✓								
Cuenta con doble pasamano.	✓														
Cuenta con guarda-pies.			✓									✓			

CABLES Y CUERDAS DE ANCLAJE	DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA			DD/MM/AAAA		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Libres de efectos quimicos o del calor															
Libres de señales de abrasión															
En la parte superior (arriaje) están sujetos con una pernos por guaya.															
Están libres de hilos sueltos o reventados.															
Están libres de nudos o partes estranguladas.															
El alma está cubierta por los torones.															

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-10
		VERSION:	1
	VALIDACIÓN DE INSPECCIÓN	FECHA DE EMISION:	3/07/2019

FECHA	Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
08-05-23	1	Nitsson Fabian Cruz C.	1012317083	Inspector SST	X		Nitsson Cruz C.
INSPECTOR SST:		Nitsson Fabian Cruz Calderon	1012317083	Inspector SST	X		Nitsson Cruz C.

FECHA	Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
07-05-23	1						
INSPECTOR SST:		Nitsson Fabian Cruz Calderon	1012317083	Inspector SST	X		Nitsson Cruz C.

FECHA	Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
08-05-23	1						
DD MM AA							
INSPECTOR SST:		Nitsson Fabian Cruz Calderon	1012317083	Inspector SST	X		Nitsson Cruz C.

FECHA	Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
DD MM AA	1						
INSPECTOR SST:							

FECHA	Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	APTO PARA USAR		FIRMA
					SI	NO	
10-05-23	1						
INSPECTOR SST:		Nitsson Fabian Cruz Calderon	1012317083	Inspector SST	X		Nitsson Cruz C.

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-09
		VERSION:	1
	INSPECCION DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	FECHA DE EMISION:	25/05/2019

EQUIPO:	ARNES ✓	ESLINGA EN Y ✓	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO ✓	LINEA DE VIDA	RECATE
	ESLINGA CON ABSORVEDOR	MOSQUETON		FRENO ABRESTADOR	

FECHA DE INSPECCION	27	08	2019
MARCA:	STEELPRO		
MODELO:	Arnes Multiproposito En X.		
SERIAL:	AA23513118C.		
LOTE			

REGISTRO

FECHA DE FABRICA: 30 08 2019

CONDICIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO EN SEGURO EN ALTURAS

ARNES

EVALUAR AUSENCIA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES	ESTADO SI	ESTADO NO	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
TEJIDO O CORREA				
FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS		✓		
"Sujetar la correa con las manos separadas entre 15 y 20 centímetros. Curvar la cinta formando una U invertida. La tensión superficial resultante permite que las fibras dañadas o los cortes sean visibles con mayor facilidad. Verificar al tacto condición de las fibras. Continuar procedimiento a lo largo de la correa."		✓		
CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS		✓		
FISURA		✓		
ESTIRAMIENTO EXCESIVO (ELONGACIÓN DE LA RIATA)		✓		
DETERIORO GENERAL		✓		
CORROSIÓN O DESGASTE POR EXPOSICIÓN A ÁCIDOS O PRODUCTOS QUÍMICOS		✓		
QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS		✓		
PUNTOS O ÁREAS DURAS O BRILLANTES INDICAN DAÑO POR EXPOSICIÓN AL CALOR O A RADIACIÓN UV.		✓		
DECOLORACIÓN DEL MATERIAL		✓		
PRESENCIA DE MOHO		✓		
COSTURAS				
CORTADURAS		✓		
DESHILACHAMIENTO		✓		
HILOS FALTANTES		✓		
QUEMADURAS		✓		
EXPOSICIÓN A PRODUCTOS QUÍMICOS		✓		
ARGOLLAS EN "D", ANILLOS, HEBILLAS Y REMACHES				
DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)		✓		
PICADURAS, GRIETAS		✓		
PRESENTA DESGASTE		✓		
CORROSIÓN U OXIDACION		✓		
CUENTA CON LA ETIQUETA DE CERTIFICACIÓN	/			

MOSQUETONES Y GANCHOS

MARCA:	SteelPro	LOTE	DD MM AAAA
MODELO:	AES11231	FECHA DE FABRICACIÓN	01 08 2019

MOSQUETONES Y GANCHOS

PUNTOS A INSPECCIONAR	ESTADO SI	ESTADO NO	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)				
BLOQUEO (AJUSTE EXCESIVO) DE LOS MOSQUETONES EN CIERRES DE SEGURIDAD				
GRIETAS O PICADURAS				
RESORTES (DETECTAR FALLAS)				
FRENO (HACER PRUEBA)				
DETERIORO GENERAL				
CORROSIÓN				
PRESENCIA DE MOHO				

INSPECCION DE ESLINGAS

MARCA:	SteelPro	LOTE	
MODELO:	Eslinga En Y	FECHA DE FABRICACIÓN	01 08 2019
SERIAL:	AE22455		

ESLINGAS

PUNTOS A INSPECCIONAR	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO SI	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO NO	ESLINGA EN Y SI	ESLINGA EN Y NO	ESLINGA CON ABSORVEDOR DE CAÍDA SI	ESLINGA CON ABSORVEDOR DE CAÍDA NO
FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS		✓		✓		✓
CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS		✓		✓		✓
AJUSTE DE LOS MOSQUETONES EN CIERRES DE SEGURIDAD		✓		✓		✓
ESTIRAMIENTO EXCESIVO		✓		✓		✓
DEFORMACIONES (DOBLADURAS, ETC)		✓		✓		✓
QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS		✓		✓		
PUNTOS O ÁREAS DURAS O BRILLANTES INDICAN DAÑO POR EXPOSICIÓN AL CALOR O A RADIACIÓN UV.		✓		✓		✓
CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS		✓		✓		✓
PRESENCIA DE MOHO		✓		✓		✓
PRESENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS EN PARTES METÁLICAS Y EN LAS RIATAS		✓		✓		✓
CUENTA CON LA ETIQUETA DE CERTIFICACIÓN	✓		/		✓	

Powered by CamScanner

INSPECCION DE CUERDAS

MARCA:		REGISTRO
MODELO:		
SERIAL:		
LOTE:		
FECHA DE FABRICACIÓN:		

LINEA DE VIDA	PUNTOS A INSPECCIONAR	ESTADO SI	ESTADO NO	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
	DEFORMACIONES (OJO BALADURAS, ETC.)				
	RAYADURAS O PICADURAS EN LAS COSTURAS				
	PEGOSTAS O ROCES				
	QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS				
	FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS				
	CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS				
	ESTIRAMIENTO EXCESIVO				
	DEFORMACIONES (OJO BALADURAS, ETC.)				
	QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS				
	PUNTOS O AREAS DURAS O BRILLANTES INDICAN DAÑO POR EXPOSICIÓN AL CALOR O A RADIACIÓN UV				
	CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS				
	PRESENCIA DE MOHO				
	PRESENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS EN CUERDAS				
	ALMACENAMIENTO				
	SE PROVEE DE LAS AREAS VIVAS DE NUDOS (CONTACTO CON BORDES CORTANTES)				
	CUENTA CON LA ETIQUETA DE CERTIFICACIÓN				

INSPECCION DEL ABRESTADOR DE CAÍDAS

MARCA:		FECHA DE FABRICA	DD MM AAAA
MODELO:		FECHA DE VENCIMIENTO	DD MM AAAA

ABRESTADOR DE CAIDAS	PUNTOS A INSPECCIONAR	ESTADO SI	ESTADO NO	ESTADO N/A	OBSERVACIONES
	AJUSTES O SEGUROS ADECUADOS				
	PRESENTA CORROSIÓN, MANCHAS DE PINTURA O SUSTANCIA QUÍMICA				
	DESGASTADO O CON DEFORMACIONES				

INSPECCION DE TIEOFF

MARCA:		FECHA DE FABRICA	DD MM AAAA
MODELO:		LOTE	

TIEOFF	PUNTOS A INSPECCIONAR	ESTADO SI	ESTADO NO	OBSERVACIONES
	FIBRAS EXTERNAS CORTADAS, DESGASTADAS, DESGARRADAS			
	CORTES O ROTURA DEL TEJIDO O COSTURAS			
	ESTIRAMIENTO EXCESIVO			
	DEFORMACIONES (OJO BALADURAS, ETC.)			
	QUEMADURAS O FIBRAS DERRETIDAS			
	PUNTOS O AREAS DURAS O BRILLANTES INDICAN DAÑO POR EXPOSICIÓN AL CALOR O A RADIACIÓN UV			
	CORROSIÓN EN PARTES METÁLICAS			
	PRESENCIA DE MOHO			
	PRESENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS EN PARTES METÁLICAS Y EN LAS REATAS			
	CUENTA CON LA ETIQUETA DE CERTIFICACIÓN			

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCIÓN	CEDULA Y FIRMA: Nilson Fabián Cruz Caldevón	FECHA
CARGO: Inspector SST	1012373053 Nilson Fabián Cruz C.	23/08/2023
NOMBRE DE JEFE INMEDIATO: Norma Fonseca	CEDULA Y FIRMA	FECHA: 26-08-23
CARGO: Inspector de Obra	1047602978	DD MM AAAA
RESPONSABLE	CEDULA Y FIRMA	FECHA
COORDINADOR DE ALTURAS: Nilson Fabián Cruz Caldevón	1012373053 Nilson Fabián Cruz C.	23/08/2023

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-01
		VERSION:	1
	FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 27 AL 04 DEL AÑO 2023 RESPONSABLE

HORA 7:00 Am PROYECTO Colegio Nueva Delhi

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:

Supervición Verificación e inspección de actividades de obra.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	X	ESPACIO CONFINADO		OTRO ¿Cuál?

RIESGOS AMBIENTALES

¿Existe posibilidad de algún tipo de derrame o emisión de alguna sustancia química y/o contaminante, por la ejecución del trabajo? SI ☐ NO ☒

Cuales?:

IDENTIFICACION DE RIESGOS

Se realizan otras actividades en el área	☐	Clima	☒	Riesgo Eléctrico	☐	Riesgo Físico	☐
Niveles de Ruido	☐	Superficies Resbalosas	☐	Riesgo Mecánico	☒	Riesgo Químico	☐
Niveles de Iluminación	☐	Cables y/o tuberías enterradas	☐	Riesgo Locativo	☒	Riesgo Biologico	☒
Líneas Eléctricas	☒	Elementos Combustibles	☐	Riesgo Ergonomico	☒	Riesgo Psicosocial	☒

Otros:

EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL

Casco	☒	Guantes	☒	Ropa de trabajo	☒	Línea de Vida	☐
Gafas de Seguridad	☒	Tapaoidos	☐	Eslinga	☒	Puntos de Anclajes Cert	☐
Botas de Seguridad	☒	Mascarilla	☐	Arnés de Seguridad	☒	Otros:	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Descripción		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales		Block Notas, Flexometro.
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		

PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

PASOS DE LA TAREA	PELIGROS ASOCIADOS	CONTROLES
1. Inspección de EPCC, Zona y/o lugar de trabajo	Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Señalización y delimitación de área 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Capacitación uso en auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras 4. Capacitación sobre uso y cuidado de EPP y EPCC 5. Implementar de programa de orden y aseo.
2. Alistamiento de herramientas y equipos a utilizar	Heridas en mano,Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Realizar mantenimiento preventivo a equipos y herramientas, e inspección pre operacional de cada uno de los mismo. 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC. 3. Coordinar actividades a realizar 4. Adoptar una higiene postural adecuada y autocuidado. 5. Implementar de programa de orden y aseo.
	Tropiezos, resbalones, caidas, perdida del equilibrio, heridas, golpes, contusiones, etc.	1.Diseñar y socializar programa de orden y aseo 2.Realizar capacitación referente al programa de orden y aseo (importancia del bueno orden y aseo, prevención caidas, auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras, identificación de peligro, etc.) 3.Realizar ATS 4.Entregar al personal expuesto EPI (Botas de seguridad anti deslizantes.

Powered by CamScanner

3. Supervisión, inspección y verificación de niveles, muros, vaciado de concreto, verificación en excavación y fundida de anillo KAISSON, fosos de ascensores, losa, mantenimiento locativo y de luminarias.	Caida desde alturas, Heridas, Golpes, consumiciones, fracturas, politraumatismos, Muerte.	1. Diseñar y socializar según lo establecido en la resolución 1409 de 2012 el programa de protección contra caídas, incluyendo procedimientos de trabajo seguro en alturas, listas de chequeo y permiso de trabajo. 2. Realizar entrenamiento en trabajo seguro en alturas a trabajadores expuestos. 3. Diseñar matriz de identificación de EPP. 4. Realizar inspección de equipos de protección contra caídas. 5. Diseñar y socializar plan de rescate y auto rescate en alturas (pon) 6. Realizar capacitación trabajo seguro en alturas, auto cuidado, identificación de peligros, actos y condiciones inseguras. 7. Suministrar a trabajadores expuestos los elementos de protección contra caídas (casco con barbuquejo, arnés de seguridad, eslinga con restricción, gafas y botas de seguridad).
4. Orden y aseo del área	Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Utilizar los EPP adecuados para la tarea. 2. Organizar las áreas comunes retirando toda basura que esté generando desorden. 3. Limpiar la zona de trabajo retirando elementos como madera, bolsas, residuos orgánicos. 4. Disponer residuos sólidos en los lugares indicados según estándares del proyecto.

ANTES DE INICIAR ACTIVIDADES VERIFIQUE LAS SIGUIENTES CONDICIONES BÁSICAS

***MARCAR SI, NO, N/A (no aplica), SEGÚN CORRESPONDA.**

1.- ¿ El RIESGO más crítico de la tarea fue identificado? (Trabajo en altura,Caidas a nivel y desnivel, etc.)	Si	3.- ¿Identificó los Aspectos Ambs.: derrames de aceite o hidrocarburos, Sustancias Peligrosas contaminación del aire, generación de residuos y descargas a cursos de agua?	Si	5.- ¿ Se coordinó adecuadamente INTERFERENCIAS o interfases con otras actividades y/o operaciones? (trabajos simultaneos)	Si	7.- ¿ Evaluó la aplicación de bloqueos físicos requeridos para energías peligrosas?	N/A
2.- ¿Evaluó las condiciones del entorno de trabajo (Ej.: Niveles de ruido, Espacio disponible, Iluminación, Temperatura, Superficies de trabajo, Desniveles, Polvo, Etc.)?	Si	4.- ¿ Se identificó el EPP adecuado para la tarea: Casco, botas, Antiparras, Guantes, Protectores Auditivos, Arnés de Seguridad, Respirador, ¿se encuentra en buen estado?	Si	6.- ¿ Las herramientas, equipos e instalaciones eléctricas, están en condiciones de ser usadas?	Si	8.- ¿Evaluó el riesgo de incendio y vías de escape disponibles? ¿El área de trabajo se encuentra limpia y ordenada?	Si

EQUIPOS PARA ATENCION DE EMERGENCIAS	
¿Se tienen extintores adecuados y suficientes en el sitio?	✓
¿Se tiene equipo para maniobras de rescate en altura?	✓
¿Los brigadistas del grupo de trabajo estan identificados?	N.A
¿Se tienen equipos de comunicación punto a punto?	N.A
¿Se tiene clara la ruta de evacuación y punto de encuentro?	✓
¿Se tienen las hojas de datos de seguridad de los materiales?	✓
¿Se tiene camilla y botiquín en el sitio?	✓

EVACUACION Y REPORTE

SI RECIBIO LA ORDEN DE EVACUAR, HAGALO CON PRECAUCIÓN, CAMINANDO POR SU DERECHA Y DESPLAZÁNDOSE POR SITIOS SEGUROS HASTA EL PUNTO DE ENCUENTRO DEL PROYECTO.

EN CASO DE ACCIDENTE, REPORTAR INMEDIATAMENTE AL VIGIA DE SEGURIDAD, RESIDENTE O MAESTRO DE OBRA.

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO	COOD. SST/CLIENTE	COOD.SST
Luis Carlos Rojas.		Nilsson Fabián Cruz Calderón

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO	SST-FPS
		VERSION	1
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	FECHA DE EMISION	27/04/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 27 AL 04 DEL AÑO 2023 RESPONSABLE Nilsson Fabián Cruz Calderón

HORA L-V 7:00 Am 5:00 Pm S-7:00 1 PROYECTO Colegio Nueva Delhi

EJECUTANTES DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Jaime FONSECA	[illegible]	FIRMA	[illegible]	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
Nilsson Cruz C	1012337053	[illegible]	FIRMA	[illegible]	FIRMA	FIRMA	FIRMA
		FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
LUIS C ROJAS	1073693573	[illegible]	FIRMA	[illegible]	FIRMA	FIRMA	FIRMA

COORDINADOR

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilsson Fabián C.	1012337053	[illegible]	FIRMA	[illegible]	FIRMA	FIRMA	FIRMA

COORDINADOR

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilsson Cruz C	1012337053	[illegible]	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PP1D-01
		VERSION:	1
	FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	FECHA DE EMISION:	28/08/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 03 AL 09 DEL AÑO 25 RESPONSABLE

HORA 8:00 Am PROYECTO Master Inventarios Colegios

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:

Supervision e Inspeccion de actividades de obra en cubierta.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	✓	ESPACIO CONFINADO		OTRO ¿Cuál?

RIESGOS AMBIENTALES

¿Existe posibilidad de algún tipo de derrame o emisión de alguna sustancia química y/o contaminante, por la ejecución del trabajo? SI ☐ NO ☒

Cuales?:

IDENTIFICACION DE RIESGOS

Se realizan otras actividades en el área ☐
Niveles de Ruido ☐
Niveles de Iluminación ☐
Lineas Eléctricas ☐
Otros:

Clima ☐
Superficies Resbalosas ☐
Cables y/o tuberias enterradas ☐
Elementos Combustibles ☐

Riesgo Eléctrico ☐
Riesgo Mecánico ☑
Riesgo Locativo ☑
Riesgo Ergonomico ☑

Riesgo Físico ☐
Riesgo Químico ☐
Riesgo Biologico ☐
Riesgo Psicosocial ☑

EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL

Casco	☑	Guantes	☐	Ropa de trabajo	☑	Línea de Vida	☐
Gafas de Seguridad	☑	Tapaoidos	☐	Eslinga	☑	Puntos de Anclajes Cert	☐
Botas de Seguridad	☑	Mascarilla	☐	Arnés de Seguridad	☑	Otros:	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Descripción		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales		Herramientas.
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		

PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

PASOS DE LA TAREA	PELIGROS ASOCIADOS	CONTROLES
1. Inspección de EPCC, Zona y/o lugar de trabajo.	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO) Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Señalización y delimitación de área 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Capacitación uso en auto cuidado, identificación de actos y condiciones Inseguras 4. Capacitación sobre uso y cuidado de EPP y EPCC 5. Implementar de programa de orden y aseo.
2. Alistamiento de herramientas y equipos a utilizar	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - MECANICO) Heridas en mano,Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Realizar mantenimiento preventivo a equipos y herramientas, e inspección pre operacional de cada uno de los mismo. 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC. 3. Coordinar actividades a realizar 4. Adoptar una higiene postural adecuada y autocuidado. 5. Implementar de programa de orden y aseo.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Tropiezos, resbalones, caidas, perdida del equilibrio, heridas, golpes, contusiones, fracturas, politraumatismo y la muerte.	1.Diseñar y socializar programa de orden y aseo 2.Realizar capacitación referente al programa de orden y aseo (importancia del bueno orden y aseo, prevención caidas, auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras, identificación de peligro, etc.) 3.Realizar ATS 4.Entregar al personal expuesto EPI (Botas de seguridad anti deslizantes.

Powered by CamScanner

3. Supervisión, inspección y verificación de actividades de mantenimiento en cubierta	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Caída desde alturas, Heridas, Golpes, contusiones, fracturas, politraumatismos, Muerte.	1. Diseñar y socializar según lo establecido en la resolución 4272 de 2021 el programa de protección contra caídas, incluyendo procedimientos de trabajo seguro en alturas, listas de chequeo y permisos de trabajo. 2. Realizar entrenamiento en trabajo seguro en alturas a trabajadores expuestos. 3. Diseñar matriz de identificación de EPP. 4. Realizar inspección de equipos de protección contra caídas. 5. Diseñar y socializar plan de rescate y auto rescate en alturas. (para) 6. Realizar capacitación trabajo seguro en alturas, auto cuidado, identificación de peligros, actos y condiciones inseguras. 7. Suministrar a trabajadores expuestos los elementos de protección contra caídas (casco con barbuquejo, arnés de seguridad, eslinga con restricción, gafas y botas de seguridad).
4. Orden y aseo del área	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Caída de objetos, QUIMICO, POLVOS ORGANICOS INORGANICOS Inhalación de polvo, rinitis , alteración sistema respiratorios FISICO (TEMPERATURAS EXTREMAS - RUIDO) Exposición ruido, exposición a temperaturas ambientes por calor.	1. Utilizar los EPP adecuados para la tarea. 2. Organizar las áreas comunes retirando toda basura que esté generando desorden. 3. Limpiar la zona de trabajo retirando elementos como madera, bolsas, residuos orgánicos. 4. Disponer residuos sólidos en los lugares indicados según estándares del proyecto.

ANTES DE INICIAR ACTIVIDADES VERIFIQUE LAS SIGUIENTES CONDICIONES BÁSICAS

*MARCAR SI, NO, N/A (no aplica), SEGÚN CORRESPONDA.

1.- ¿ El RIESGO más crítico de la tarea fue identificado? (Trabajo en altura,Caídas a nivel y desnivel, etc.)	Si	3.- ¿Identificó los Aspectos Ambientales derrames de aceite o hidrocarburos, Sustancias Peligrosas,contaminación del aire, generación de residuos y descargas a cuerpos de agua)?	NO	5.- ¿ Se coordinó adecuadamente INTERFERENCIAS o eventuales con otras actividades y/o operaciones? (Trabajos simultaneos)	NO	7.- ¿ Existió la implantación de bloqueos frente a peligros potenciales?	Si
2.- ¿Evaluó las condiciones del entorno de trabajo (IL): Niveles de ruido, Espacio disponible, Iluminación, Temperatura, Superficies de trabajo, Desniveles, Pisos, Etc.)?	Si	4.- ¿ Se identificó el EPP adecuado para la tarea: Cascos, Botas, Arneses, Guantes, Protectores Auditivos, Arnés de Seguridad, Respirador, ¿se encuentra en buen estado?	Si	6.- ¿ Los herramientas, equipos e instalaciones eléctricas, están en condiciones de ser usados?	Si	8.- ¿Evitó el riesgo de incendio y vías de escape despejadas? ¿El área de trabajo se encuentra limpia y ordenada?	Si

EQUIPOS PARA ATENCION DE EMERGENCIAS	
¿Se tienen extintores adecuados y suficientes en el sitio?	✓
¿Se tiene equipo para maniobras de rescate en altura?	N/A
¿Los brigadistas del grupo de trabajo están identificados?	N/A
¿Se tienen equipos de comunicación punto a punto?	✓
¿Se tiene clara la ruta de evacuación y punto de encuentro?	✓
¿Se tienen las hojas de datos de seguridad de los materiales?	N/A
¿Se tiene camilla y botiquín en el sitio?	N/A

EVACUACION Y REPORTE

SI RECIBIO LA ORDEN DE EVACUAR, HAGALO CON PRECAUCIÓN, CAMINANDO POR SU DERECHA Y DESPLAZÁNDOSE POR SITIOS SEGUROS HASTA EL PUNTO DE ENCUENTRO DEL PROYECTO.

EN CASO DE ACCIDENTE, REPORTAR INMEDIATAMENTE AL VIGIA DE SEGURIDAD, RESIDENTE O MAESTRO DE OBRA.

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO	COOD. SST/CLIENTE	COOD.SST
Nelson Carlos Ruiz		Nilsson Fabián Cruz Calderón

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FPO
		VERSION:	1
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	FECHA DE EMISION:	27/04/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 03 AL 04 DEL AÑO 23 RESPONSABLE

HORA 8:00 Am PROYECTO Master Ingeniería Interventoría Colegios.

EJECUTANTES DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilsson Cruz	1012337053	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	Nilsson Cruz	FIRMA
John Santana	1012420871	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	Santana	FIRMA
		FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
John Santana	1012420871	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	Santana	FIRMA

COOD. SST/CLIENTE

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
		FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

COOD.SST

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilsson Fabián	1012337053	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	Nilsson Cruz	FIRMA

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO	SST-PP16-01
		VERSION	1
	FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	FECHA DE EMISION	25/03/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 13 AL 15 DEL AÑO 23 RESPONSABLE

HORA 8:00 Am PROYECTO Colegio San Isidro Buena Delhi

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: Supervisión inspección y verificación de actividades de obra en cubierta

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	X	ESPACIO CONFINADO		OTRO ¿CUAL?

RIESGOS AMBIENTALES

¿Existe posibilidad de algún tipo de derrame o emisión de alguna sustancia química y/o contaminante, por la ejecución del trabajo? SI ☐ NO ☐

Cuales?

IDENTIFICACION DE RIESGOS

Se realizan otras actividades en el área ☐

Clima	☒	Riesgo Electrico	☒	Riesgo Físico	☒
Niveles de Ruido	☐	Superficies Radiantes	☒	Riesgo Químico	☒
Niveles de Iluminación	☐	Riesgo Mecánico	☐	Riesgo Biológico	☐
Líneas Eléctricas	☐	Cables y/o tuberías enterradas	☐	Riesgo Locativo	☒
Otros:		Elementos Combustibles	☒	Riesgo Ergonómico	☐
				Riesgo Psicosocial	☒

EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL

Casco	☑	Guantes	☑	Ropa de trabajo	☑	Línea de Vida	☐
Gafas de Seguridad	☑	Tapabocas	☐	Eslingas	☑	Puntos de Anclajes Cert	☐
Botas de Seguridad	☑	Mascarilla	☐	Arnés de Seguridad	☑	Otros:	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Descripción		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales		Flexometro.
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		

PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

PASOS DE LA TAREA	PELIGROS ASOCIADOS	CONTROLES
1. Inspección de EPCC. Zona y/o lugar de trabajo.	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO) Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Señalización y delimitación de área 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Capacitación uso en auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras 4. Capacitación sobre uso y cuidado de EPP y EPCC 5. Implementar de programa de orden y aseo.
2. Alistamiento de herramientas y equipos a utilizar	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Heridas en manos,Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Realizar mantenimiento preventivo a equipos y herramientas, e inspección pre operacional de cada uno de los mismo 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC. 3. Coordinar actividades a realizar 4. Adoptar una higiene postural adecuada y autocuidado. 5. Implementar de programa de orden y aseo.
3. Supervisión, inspección y verificación de actividades de mantenimiento en cubierta	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Caídas, Heridas, Golpes, contusiones, fracturas, politraumatismo y la muerte.	1.Diseñar y socializar programa de orden y aseo 2.Realizar capacitación referente al programa de orden y aseo (importancia del bueno orden y aseo, prevención caídas, auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras, identificación de peligro, etc.) 3.Realizar ATS 4.Entregar al personal expuesto EPI (Botas de seguridad anti deslizantes.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Caída desde alturas, Heridas, Golpes, contusiones, fracturas, politraumatismo, Muerte.	1. Diseñar y socializar según lo establecido en la resolución 4272 de 2021 el programa de protección contra caídas, incluyendo procedimientos de trabajo seguro en alturas, listas de chequeo y permisos de trabajo. 2. Realizar entrenamiento en trabajo seguro en alturas a trabajadores expuestos. 3. Diseñar matriz de identificación de EPP. 4. Realizar inspección de equipos de protección contra caídas. 5. Diseñar y socializar plan de rescate y auto rescate en alturas (por) 6. Realizar capacitación trabajo seguro en alturas, auto cuidado, identificación de peligros, actos y condiciones inseguras. 7. Suministrar a trabajadores expuestos los elementos de protección contra caídas (casco con barbuquejo, arnés de seguridad, eslinga con restricción, gafas y botas de seguridad).

Powered by CamScanner

4. Orden y aseo del área	CONDICIONES DE SEGURIDAD -LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Caida de objetos, QUIMICO, POLVOS ORGANICOS INORGANICOS Inhalacion de polvo, irritb., alteracion sistema respiratorios FISICO (TEMPERATURAS EXTREMAS - RUIDO) Exposicion ruido, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Utilizar los EPP adecuados para la tarea. 2. Organizar las áreas comunes retirando toda basura que este generando desorden. 3. Limpiar la zona de trabajo retirando elementos como madera, bolsas, residuos orgánicos. 4. Disponer residuos sólidos en los lugares indicados según estándares del proyecto.

ANTES DE INICIAR ACTIVIDADES VERIFIQUE LAS SIGUIENTES CONDICIONES BÁSICAS

***MARCAR SI, NO, N/A (no aplica), SEGÚN CORRESPONDA.**

1.- ¿El RIESGO más crítico de la tarea fue identificado? (Trabajo en altura,Caidas a nivel y desnivel, etc.)	Si	2- ¿Identificó las Aspectos Ambientales de orden o Adversativos, Sustancias Peligrosas contaminación del suelo, generación de residuos y vertimiento a cuerpo de agua?	Si	3- ¿ Se coordinó adecuadamente INTERFERENCIAS o interfases con otras actividades y/o operaciones? (trabajos simultaneos)	N/A	7- ¿ Puede en operaciones de bloqueos fallos recuperarse para energías peligrosas?	N/A
2.- ¿Evaluó las condiciones del entorno de trabajo (S): Niveles de ruido, Espacio disponible, Iluminación, Temperatura, Superficies de trabajo, Desniveles, Polvo, Etc.)?	Si	4.- ¿ Se identificó el EPP adecuado para la tarea: Casco, Botas, Arnés, Guantes, Protectores Auditivos, Anteojos de Seguridad, Respirador, que encuentra en buen estado?	Si	4.- ¿ Las herramientas, equipos e instalaciones eléctricas, están en condiciones de ser usadas?	N/A	8- ¿Existe sistema de incendio y vías de escape disponibles? ¿El área de trabajo se encuentra limpia y ordenada?	Si

EQUIPOS PARA ATENCION DE EMERGENCIAS		EVACUACION Y REPORTE
¿Se tienen extintores adecuados y suficientes en el sitio?		SI RECIBO LA ORDEN DE EVACUAR, SALGO CON PRECAUCIÓN, CAMINANDO POR SU DERECHA Y DESPLAZÁNDOSE POR SITIOS SEGUROS HASTA EL PUNTO DE ENCUENTRO DEL PROYECTO. EN CASO DE ACCIDENTE, REPORTAR INMEDIATAMENTE AL VIGIA DE SEGURIDAD, RESIDENTE O MAESTRO DE OBRA.
¿Se tiene equipo de comunicación punto a punto?		
¿Los brigadistas del grupo de trabajo están identificados?		
¿Se tienen equipos de comunicación punto a punto?		
¿Se tiene clara la ruta de evacuación y punto de encuentro?		
¿Se tienen las hojas de datos de seguridad de los materiales?		
¿Se tiene camilla y botiquín en el sitio?		

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO	COORD. SST/CLIENTE	COORD.SST
Luis Carlos R		Nelson Fabián Cruz Calderón

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FPO
		VERSION:	1
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	FECHA DE EMISION:	27/06/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 13 AL 18 DEL AÑO 23 RESPONSABLE

HORA 8:00 Am hasta 5:00 Pm. PROYECTO Colegio Nueva Delhi

EJECUTANTES DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nelson Fabian Cruz	1012372053						
Ivonne Fonseca	1049602878						
Luis C Rojas	1018317571						
John Sanchez	1012420871						

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Luis C. Rojas	1018317571						

COOD. SST/CLIENTE

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

COOD SST

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nelson Fabian Cruz	1012372053						

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FP10-01
		VERSION:	1
	FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 07 AL 11 DEL AÑO 23 RESPONSABLE

HORA 8:00 Am. PROYECTO Interventoría Colegios SED 24

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:
Supervicias inspecciás y verificicias de actividades de obra en Cubierta

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	X	ESPACIO CONFINADO		OTRO ¿Cuál?	

RIESGOS AMBENTALES

¿Existe posibilidad de algún tipo de derrame o emisión de alguna sustancia química y/o contaminante, por la ejecución del trabajo? SI ☐ NO ☒
Cuales?:

IDENTIFICACION DE RIESGOS

Se realizan otras actividades en el área	☑	Clima	☑	Riesgo Físico	☐
Niveles de Ruido	☑	Superficies Resbalosas	☐	Riesgo Químico	☐
Niveles de Iluminación	☑	Cables y/o tuberías enterradas	☐	Riesgo Biológico	☑
Líneas Eléctricas	☑	Elementos Combustibles	☐	Riesgo Psicosocial	☐
		Riesgo Eléctrico	☐		
		Riesgo Mecánico	☑		
		Riesgo Locativo	☑		
		Riesgo Ergonomico	☑		

Otros:

EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL

Casco	☑	Guantes	☑	Ropa de trabajo	☑	Línea de Vida	☐
Gafas de Seguridad	☑	Tapaoidos	☑	Eslinga	☑	Puntos de Anclajes Cert	☐
Botas de Seguridad	☑	Mascarilla	☑	Arnés de Seguridad	☑	Otros:	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Descripción		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales	✓	Herramientas
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		

PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

PASOS DE LA TAREA	PELIGROS ASOCIADOS	CONTROLES
1. Inspección de EPCC, Zona y/o lugar de trabajo.	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO) Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Señalización y delimitación de área 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Capacitación uso en auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras 4. Capacitación sobre uso y cuidado de EPP y EPCC 5. Implementar de programa de orden y aseo.
2. Alistamiento de herramientas y equipos a utilizar	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - MECANICO) Heridas en manos,Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Realizar mantenimiento preventivo a equipos y herramientas, e inspección pre operacional de cada uno de los mismo. 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC. 3. Coordinar actividades a realizar 4. Adoptar una higiene postural adecuada y autocuidado. 5. Implementar de programa de orden y aseo.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Tropiezos, resbalones, caidas, perdida del equilibrio, heridas, golpes, contusiones, fracturas, politraumatismo y la muerte.	1.Diseñar y socializar programa de orden y aseo 2.Realizar capacitación referente al programa de orden y aseo (importancia del bueno orden y aseo, prevención caídas, auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras, identificación de peligro, etc.) 3.Realizar ATS 4.Entregar al personal expuesto EPI (Botas de seguridad anti deslizantes.

Powered by CamScanner

3. Supervisión, inspección y verificación de actividades de mantenimiento en cubierto	CONDICIONES DE SEGURIDAD -[LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS] Caído desde alturas, Heridas, Golpes, contusiones, fracturas, politraumatismos, Muerte.	1. Diseñar y socializar según lo establecido en la resolución 4272 de 2021 el programa de protección contra caídas, incluyendo procedimientos de trabajo seguro en alturas, listas de chequeo y permisos de trabajo. 2. Realizar entrenamiento en trabajo seguro en alturas a trabajadores expuestos. 3. Diseñar matriz de identificación de EPP. 4. Realizar inspección de equipos de protección contra caídas. 5. Diseñar y socializar plan de rescate y auto rescate en alturas (por) 6. Realizar capacitación trabajo seguro en alturas, auto cuidado, identificación de peligros, actos y condiciones inseguras. 7. Suministrar a trabajadores expuestos los elementos de protección contra caídas (casco con barbuquejo, arnés de seguridad, eslinga con restricción, gafas y botas de seguridad).
4. Orden y aseo del área	CONDICIONES DE SEGURIDAD -[LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS] Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Caída de objetos. QUIMICO, POLVOS ORGANICOS INORGANICOS Inhalacion de polvo, iritis , alteracion sistema respiratorios FISICO [TEMPERATURAS EXTREMAS - RUIDO] Exposicion ruido, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Utilizar los EPP adecuados para la tarea. 2. Organizar las áreas comunes retirando toda basura que esté generando desorden. 3. Limpiar la zona de trabajo retirando elementos como madera, bolsas, residuos orgánicos. 4. Disponer residuos sólidos en los lugares indicados según estándares del proyecto.

ANTES DE INICIAR ACTIVIDADES VERIFIQUE LAS SIGUIENTES CONDICIONES BÁSICAS

***MARCAR SI, NO, N/A (no aplica), SEGÚN CORRESPONDA.**

1.- ¿ El RIESGO más crítico de la tarea fue identificado? (trabajo en altura,Caídas a nivel y desnivel, etc.)	Si	2.- ¿Identificó los Aspectos Amb.: derrames de aceite o hidrocarburos, Sustancias Peligrosas contaminación del aire, generación de residuos y descargas a cunas de agua?	Si	3.- ¿ Se coordinó adecuadamente INTERFERENCIAS o interfases con otras actividades y/o operaciones? (trabajos simultaneos)	Si	7.- ¿ Evaluó la aplicación de bloqueos físicos requeridos para energías peligrosas?	Si
2.- ¿Evaluó las condiciones del entorno de trabajo (Ej.: Niveles de ruido, Espacio disponible, Iluminación, Temperatura, Superficies de trabajo, Desniveles, Polvo, Etc.)?	Si	4.- ¿ Se identificó el EPP adecuado para la tarea: Casco, Botas, Arnés, Guantes, Protectores Auditivos, Arnés de Seguridad, Respirador, ¿se encuentra en buen estado?	Si	6.- ¿ Las herramientas, equipos e instalaciones eléctricas, están en condiciones de ser usadas?	Si	8.- ¿Evaluó el riesgo de incendio y vías de escape disponibles? ¿El área de trabajo se encuentra limpio y ordenado?	N-A

EQUIPOS PARA ATENCION DE EMERGENCIAS		EVACUACION Y REPORTE
¿Se tienen extintores adecuados y suficientes en el sitio?	✓	SI RECIBIO LA ORDEN DE EVACUAR, HAGALO CON PRECAUCIÓN, CAMINANDO POR SU DERECHA Y DESPLAZÁNDOSE POR SITIOS SEGUROS HASTA EL PUNTO DE ENCUENTRO DEL PROYECTO. EN CASO DE ACCIDENTE, REPORTAR INMEDIATAMENTE AL VIGIA DE SEGURIDAD, RESIDENTE O MAESTRO DE OBRA.
¿Se tiene equipo para maniobras de rescate en altura?	N/A	
¿Las brigadistas del grupo de trabajo están identificados?	✓	
¿Se tienen equipos de comunicación punto a punto?	✓	
¿Se tiene clara la ruta de evacuación y punto de encuentro?	✓	
¿Se tienen las hojas de datos de seguridad de los materiales?	✓	
¿Se tiene camilla y botiquín en el sitio?	✓	

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO	COCOI. SST/CLIENTE	COCOI. SST
Juan Carlos Rojas		Nelson Fabián Cruz Calderón

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-FPO
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	27/06/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 7 AL 11 DEL AÑO 2023 RESPONSABLE: Luis Cortes

HORA 8:00 Am PROYECTO Colegios Interventoria JED 24

EJECUTANTES DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Natasha Tatiana C.	1012377053	FIRMA	Natasha Cruz				
John Santana	1012420871	FIRMA	Santana				
		FIRMA	FIRMA				

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
John Santana	1012420871	FIRMA	Santana				

COORD SST/CLIENTE

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
		FIRMA	FIRMA				

COORD SST

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Natasha Cruz C.	1012377053	FIRMA	Natasha Cruz				

Powered by CamScanner

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PP10-01
	FORMATO DE ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	VERSION:	1
		FECHA DE EMISION:	23/05/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 06 AL 11 DEL AÑO 2023 RESPONSABLE

HORA 8:00 Am PROYECTO Interventoria Colegios

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: Supervición, Inspección y verificación de actividades de mantenimiento en Subestación.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA		ESPACIO CONFINADO		OTRO ¿Cual?

RIESGOS AMBIENTALES

¿Existe posibilidad de algún tipo de derrame o emisión de alguna sustancia química y/o contaminante, por la ejecución del trabajo? SI ☐ NO ☑
Cuales?:

IDENTIFICACION DE RIESGOS

Se realizan otras actividades en el área: ☐

Niveles de Ruido	☑	Clima	☑	Riesgo Electrico	☐	Riesgo Fisico	☐
Niveles de Iluminación	☑	Superficies Resbalosas	☑	Riesgo Mecánico	☐	Riesgo Quimico	☐
Lineas Eléctricas	☐	Cables y/o tuberias enterradas	☐	Riesgo Locativo	☑	Riesgo Biologico	☑
		Elementos Combustibles	☑	Riesgo Ergonomico	☐	Riesgo Psicosocial	☑

Otros:

EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL

Casco	☑	Guantes	☐	Ropa de trabajo	☑	Linea de Vida	☐
Gafas de Seguridad	☑	Tapaoidos	☐	Eslinga	☑	Puntos de Anclajes Cert	☐
Botas de Seguridad	☑	Mascarilla	☐	Arnés de Seguridad	☑	Otros:	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

Descripción		Indique cada una de las herramientas a utilizar
Manuales		Alexometro, Nivel laser
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicos		
Mecánicos		

PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD

PASOS DE LA TAREA	PELIGROS ASOCIADOS	CONTROLES
1. Inspección de EPCC, Zona y/o lugar de trabajo.	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO) Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Señalizacion y delimitación de área 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC 3. Capacitación uso en auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras 4. Capacitación sobre uso y cuidado de EPP y EPCC 5. Implementar de programa de orden y aseo.
2. Alistamiento de herramientas y equipos a utilizar	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - MECANICO) Heridas en mano, Caidas al mismo nivel, Caidas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Inhalacion de polvo, Exposicion ruido, Caida de objetos, exposicion a temperaturas ambientes por calor	1. Realizar mantenimiento preventivo a equipos y herramientas, e inspección pre operacional de cada uno de los mismo. 2. Entrega, uso y Cuidado de EPP y EPCC. 3. Coordinar actividades a realizar 4. Adoptar una higiene postural adecuada y autocuidado. 5. Implementar de programa de orden y aseo.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Tropiezos, resbalones, caidas, perdida del equilibrio, heridas, golpes, contusiones, fracturas, politraumatismo y la muerte	1.Diseñar y socializar programa de orden y aseo 2.Realizar capacitación referente al programa de orden y aseo (importancia del bueno orden y aseo, prevención caidas, auto cuidado, identificación de actos y condiciones inseguras, identificación de peligro, etc.) 3.Realizar ATS 4.Entregar al personal expuesto EPI (Botas de seguridad anti deslizantes.

Powered by CamScanner

3. Supervisión, inspección y verificación de actividades de mantenimiento en cubierta	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Caída desde alturas, Heridas, Golpes, consumiciones, fracturas, politraumatismos, Muerte.	1. Diseñar y socializar según lo establecido en la resolución 4272 de 2021 el programa de protección contra caídas, incluyendo procedimientos de trabajo seguro en alturas, listas de chequeo y permisos de trabajo. 2. Realizar entrenamiento en trabajo seguro en alturas a trabajadores expuestos. 3. Diseñar matriz de identificación de EPP. 4. Realizar inspección de equipos de protección contra caídas. 5. Diseñar y socializar plan de rescate y auto rescate en alturas. (por) 6. Realizar capacitación trabajo seguro en alturas, auto cuidado, identificación de peligros, actos y condiciones inseguras. 7. Suministrar a trabajadores expuestos los elementos de protección contra caídas (casco con barbuquejo, arnés de seguridad, eslinga con restricción, gafas y botas de seguridad).
4. Orden y aseo del área	CONDICIONES DE SEGURIDAD -(LOCATIVO - TRABAJO EN ALTURAS) Caídas al mismo nivel, Caídas a distinto nivel, Golpes, Atrapamientos, Caída de objetos. QUIMICO, POLVOS ORGANICOS INORGANICOS Inhalacion de polvo, rinitis , alteracion sistema respiratorios FISICO (TEMPERATURAS EXTREMAS - RUIDO) Exposicion ruido, exposicion a temperaturas ambientes por calor.	1. Utilizar los EPP adecuados para la tarea. 2. Organizar las áreas comunes retirando toda basura que esté generando desorden. 3. Limpiar la zona de trabajo retirando elementos como madera, bolsas, residuos orgánicos. 4. Disponer residuos sólidos en los lugares indicados según estándares del proyecto.

ANTES DE INICIAR ACTIVIDADES VERIFIQUE LAS SIGUIENTES CONDICIONES BÁSICAS

*MARCAR SI, NO, N/A (no aplica), SEGÚN CORRESPONDA.

1.- ¿ El RIESGO más crítico de la tarea fue identificado? (Trabajo en altura, Caídas a nivel y desnivel, etc.)	√Si	3.- ¿Identificó los Aspectos Ambientales derrames de aceite o hidrocarburos, Sustancias Peligrosas contaminación del aire, generación de residuos y descargas a cursos de agua?	√Si	5.- ¿ Se coordinó adecuadamente INTERFERENCIAS o interfases con otras actividades y/o operaciones? (trabajos simultáneos)	√NA	7.- ¿ Evaluó la aplicación de bloqueos físicos requeridos para energías peligrosas?	NA
2.- ¿Evaluó las condiciones del entorno de trabajo (E.j.: Niveles de ruido, Espacio disponible, Iluminación, Temperatura, Superficies de trabajo, Desniveles, Pozos, Etc.)?	√Si	4.- ¿ Se identificó el EPP adecuado para la tarea: Casco, botas, Antifaz, Guantes, Protectores Auditivos, Arnés de Seguridad, Respirador, ¿se encuentra en buen estado?	√Si	6.- ¿ Las herramientas, equipos e instalaciones eléctricas, están en condiciones de ser usados?	NA	8.- ¿Evaluó el riesgo de incendio y vías de escape disponibles? ¿El área de trabajo se encuentra limpia y ordenada?	√Si

EQUIPOS PARA ATENCION DE EMERGENCIAS		EVACUACION Y REPORTE
¿Se tienen extintores adecuados y suficientes en el sitio?	√	SI RECIBIO LA ORDEN DE EVACUAR, HAGALO CON PRECAUCIÓN, CAMINANDO POR SU DERECHA Y DESPLAZÁNDOSE POR SITIOS SEGUROS HASTA EL PUNTO DE ENCUENTRO DEL PROYECTO. EN CASO DE ACCIDENTE, REPORTAR INMEDIATAMENTE AL VIGIA DE SEGURIDAD, RESIDENTE O MAESTRO DE OBRA.
¿Se tiene equipo para maniobras de rescate en altura?	√	
¿Los brigadistas del grupo de trabajo estan identificados?	√	
¿Se tienen equipos de comunicación punto a punto?	-	
¿Se tiene clara la ruta de evacuación y punto de encuentro?	√	
¿Se tienen las hojas de datos de seguridad de los materiales?	√	
¿Se tiene camilla y botiquín en el sitio?	√	

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO	COOD. SST/CLIENTE	COOD.SST
Luis Carlos Rojas		Nilsson Fabián Cruz Calderón 1012372053.

MASTER	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO:	SST-PPO
		VERSION:	1
	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	FECHA DE EMISION:	27/04/2019

FECHA DE EJECUCIÓN: SEMANA DEL 06 AL 11 DEL AÑO 2023 RESPONSABLE

HORA 8:00 Am. PROYECTO Interventoria Colegios SED. Colegio Nevado

EJECUTANTES DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilsson Cruz C.	1012372053.	Nilsson Cruz	FIRMA	Nilsson Cruz	FIRMA	Nilsson Cruz	FIRMA
John Santana	1012420871	FIRMA	FIRMA	Jsantana	FIRMA	FIRMA	FIRMA
Luis Carlos R	1013657571	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

RESPONSABLE Y/O JEFE INMEDIATO DEL TRABAJO

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Luis Rojas	1013657571		FIRMA		FIRMA		FIRMA

COOD. SST/CLIENTE

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
		FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

COOD.SST

NOMBRE	CEDULA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
Nilsson Cruz C.	1012372053.	Nilsson Cruz	FIRMA	Nilsson Cruz	FIRMA	Nilsson Cruz	FIRMA

Powered by CamScanner

ANEXO SST-13. CERTIFICACIONES EQUIPOS DE ALTURAS

	INFORME DE INSPECCIÓN DE SISTEMAS/EQUIPOS DE PROTECCIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURAS CONRIESGO DE CAÍDA	Página 1 de 2 RPQ: 21 Versión: 02
	PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD	Emisión: 28/05/2018

FABRICANTE		**DISTRIBUIDOR**			**CONSUMIDOR FINAL**	**X**	

NOMBRE DE LA EMPRESA:	Ingeniería Master SAS	Fecha de fabricación:	11/2018
DISTRIBUIDOR	SteelPro	Referencia:	CAVRL-PVEE0
FECHA DE INSPECCIÓN:	30/06/2022	Lote:	AA 24053
NOMBRE DEL PRODUCTO:	Eslinga de posicionamiento	Serie:	045

FORMATO INSPECCIÓN EQUIPOS **- ASPECTOS A INSPECCIONAR**: Etiquetas, Reatas, Cuerdas, Costuras, Herrajes, Plásticos.

1	**CONDICIÓN DE LAS ETIQUETAS**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
1.1	El lote es legible	X			
1.2	El serial es legible	X			
1.3	La fecha de Fabricación es legible	X			
1.4	La etiqueta esta completa	X			
2.	**CONDICIÓN ELEMENTOS TEXTILES**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
2.1	El material se encuentra sin restos de pintura o cemento	X			
2.2	Reatas o cuerdas sin desgaste	X			.
2.3	Reatas o cuerdas sin estiramientos excesivos	X			
2.4	Reatas o cuerdas sin cortes	X			
2.5	Reatas no deshilachadas	X			
2.6	Reatas sin rastros de químicos	X			
2.7	Reatas sin quemaduras	X			
2.8	Cuenta con el alma completa	X			
2.9	El absorbedor no se encuentra, impactado, roto,cortado o deformado			X	
3.	**CONDICIÓN DE LAS COSTURAS**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
3.1	Costuras sin cortes o rupturas del tejido	X			
3.2	Costuras sin estiramientos excesivos	X			
3.3	Sin Costuras faltantes	X			
3.4	Costura del testigo de impacto no desgarrada o rota	X			
3.5	Costuras no contaminadas y sin presencia de químicos	X			
3.6	Costuras sin quemaduras	X			
3.7	Costuras sin ataques con químicos.	X			
4.	**CONDICIÓN DE LAS PIEZAS METÁLICAS**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
4.1	Sin deformaciones o desgaste excesivo	X			
4.2	Sin Picaduras, grietas o fisuras	X			
4.3	Sin corrosión por exposición a ácidos, productosquímicos o hidrocarburos	X			

4.4	Correcta apertura de los ganchos y/o mosquetones	X			
4.5	Correcto cierre de los ganchos y/o mosquetones	X			
4.6	Sin remaches ausentes o deformes	X			
4.7	Ajuste adecuado de los resortes	X			
5.	**CONDICIÓN DE LAS PIEZAS DIELÉCTRICAS YPLÁSTICOS**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
5.1	Sin deformaciones ni desgaste excesivo			X	
5.2	Sin picaduras, grietas o fisuras			X	
5.3	Los plásticos sin roturas			X	
5.4	Guardacabos o protector de cuerda sin roturas o ausente			X	
5.5	Se encuentra el roller protector de la argolla sinroturas			X	
5.6	Sin cortaduras				
5.7	Otro ¿Cuál				
6.	**CONDICIÓN DEL CUERPO (Accesorios Metálicos)**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
6.1	El estado de la leva y eje del freno es bueno yfuncional			X	
6.2	La leva rota correctamente			X	
6.3	El cuerpo no esta desgastado	X			
6.4	La abertura del cuerpo es la adecuada			X	
6.5	No presentan desgaste o doblamiento			X	
6.6	La rotación de la polea es la adecuada			X	
6.7	El estado de las roldanas de la polea es bueno y funcional			X	
6.8	El estado de la placa de la polea es bueno yfuncional			X	
6.9	La roldana gira libremente (polea)			X	
6.10	No se presenta desgaste en la placa y/o roldana(polea)			X	
6.11	otros ¿Cuál?			X	

Concepto: Equipo que de acuerdo con la inspección puede seguiren uso.

RETIRAR DE SERVICIO: ☐ ***CONTINUA EN SERVICIO:*** ☒ X

INFORME FINAL DEL EQUIPO / CONCLUSIONES: APTO

NOMBRE INSPECTOR: Gabriela Cubillos Devia	**INSPECCIÓN RECIBIDA POR: Daniel Alberto Monroy Hernández**
N° DE CEDULA: 1.015.484.552	**N° DE CEDULA: 1.030.699.861**
CARGO: INSPECTOR / ENTRENADOR T.S.A	**CARGO: Ejecutivo Comercial**
Nº DE CERTIFICADO PERSONA COMPETENTE / INSPECTOR:	**FIRMA:**
Firma: Gabriela Cubillos D.	**Fecha de recibido**

Registro Fotográfico







	INFORME DE INSPECCIÓN DE SISTEMAS/EQUIPOS DE PROTECCIÓN PARA TRABAJOS EN ALTURAS CONRIESGO DE CAÍDA	Página 1 de 2 RPQ: 21 Versión: 02
	PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD	Emisión: 28/05/2018

FABRICANTE		**DISTRIBUIDOR**			**CONSUMIDOR FINAL**	**X**	

NOMBRE DE LA EMPRESA:	Ingeniería Master SAS	Fecha de fabricación:	30-10-2018
DISTRIBUIDOR	SteelPro	Referencia:	APA4A-P3XA0B00
FECHA DE INSPECCIÓN:	30/06/2022	Lote:	AA23513
NOMBRE DEL PRODUCTO:	Arnes de Seguridad	Serie:	058

FORMATO INSPECCIÓN EQUIPOS **- ASPECTOS A INSPECCIONAR**: Etiquetas, Reatas, Cuerdas, Costuras, Herrajes, Plásticos.

1	**CONDICIÓN DE LAS ETIQUETAS**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
1.1	El lote es legible	X			
1.2	El serial es legible	X			
1.3	La fecha de Fabricación es legible	X			
1.4	La etiqueta esta completa	X			
2.	**CONDICIÓN ELEMENTOS TEXTILES**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
2.1	El material se encuentra sin restos de pintura o cemento	X			
2.2	Reatas o cuerdas sin desgaste	X			
2.3	Reatas o cuerdas sin estiramientos excesivos	X			
2.4	Reatas o cuerdas sin cortes	X			
2.5	Reatas no deshilachadas	X			
2.6	Reatas sin rastros de químicos	X			
2.7	Reatas sin quemaduras	X			
2.8	Cuenta con el alma completa	X			
2.9	El absorbedor no se encuentra, impactado, roto,cortado o deformado			X	
3.	**CONDICIÓN DE LAS COSTURAS**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
3.1	Costuras sin cortes o rupturas del tejido	X			
3.2	Costuras sin estiramientos excesivos	X			
3.3	Sin Costuras faltantes	X			
3.4	Costura del testigo de impacto no desgarrada o rota	X			
3.5	Costuras no contaminadas y sin presencia de químicos	X			
3.6	Costuras sin quemaduras	X			
3.7	Costuras sin ataques con químicos.	X			
4.	**CONDICIÓN DE LAS PIEZAS METÁLICAS**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
4.1	Sin deformaciones o desgaste excesivo	X			
4.2	Sin Picaduras, grietas o fisuras	X			
4.3	Sin corrosión por exposición a ácidos, productosquímicos o hidrocarburos	X			

4.4	Correcta apertura de los ganchos y/o mosquetones	X			
4.5	Correcto cierre de los ganchos y/o mosquetones	X			
4.6	Sin remaches ausentes o deformes	X			
4.7	Ajuste adecuado de los resortes	X			
5.	**CONDICIÓN DE LAS PIEZAS DIELÉCTRICAS YPLÁSTICOS**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
5.1	Sin deformaciones ni desgaste excesivo			X	
5.2	Sin picaduras, grietas o fisuras			X	
5.3	Los plásticos sin roturas			X	
5.4	Guardacabos o protector de cuerda sin roturas o ausente			X	
5.5	Se encuentra el roller protector de la argolla sinroturas			X	
5.6	Sin cortaduras				
5.7	Otro ¿Cuál				
6.	**CONDICIÓN DEL CUERPO (Accesorios Metálicos)**	**Cumple**	**No cumple**	**No aplica**	**OBSERVACIONES**
6.1	El estado de la leva y eje del freno es bueno yfuncional			X	
6.2	La leva rota correctamente			X	
6.3	El cuerpo no esta desgastado	X			
6.4	La abertura del cuerpo es la adecuada			X	
6.5	No presentan desgaste o doblamiento			X	
6.6	La rotación de la polea es la adecuada			X	
6.7	El estado de las roldanas de la polea es bueno y funcional			X	
6.8	El estado de la placa de la polea es bueno yfuncional			X	
6.9	La roldana gira libremente (polea)			X	
6.10	No se presenta desgaste en la placa y/o roldana(polea)			X	
6.11	otros ¿Cuál?			X	

Concepto: Equipo que de acuerdo con la inspección puede seguiren uso.

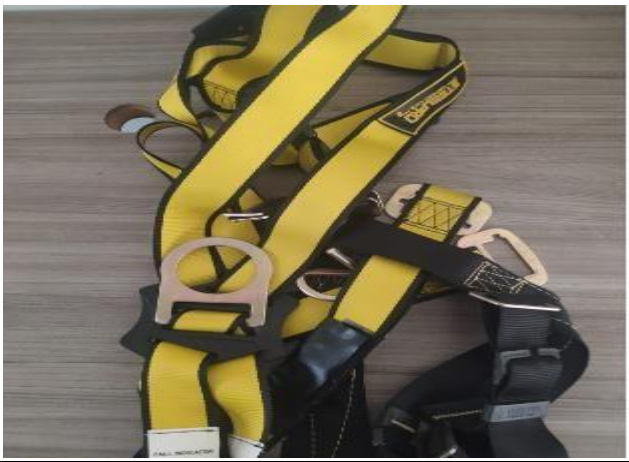
RETIRAR DE SERVICIO: ☐ ***CONTINUA EN SERVICIO:*** ☒ X

INFORME FINAL DEL EQUIPO / CONCLUSIONES: APTO

NOMBRE INSPECTOR: Gabriela Cubillos Devia	**INSPECCIÓN RECIBIDA POR: Daniel Alberto Monroy Hernández**
N° DE CEDULA: 1.015.484.552	**N° DE CEDULA: 1.030.699.861**
CARGO: INSPECTOR / ENTRENADOR T.S.A	**CARGO: Ejecutivo Comercial**
Nº DE CERTIFICADO PERSONA COMPETENTE / INSPECTOR:	**FIRMA:**
Firma: Gabriela Cubillos D.	**Fecha de recibido**

Registro Fotográfico







ANEXO SST-14. INSPECCIONES INTERVENTORÍA

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FP03-05
		VERSIÓN:	2
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Velasco	VERIFICADO POR:
CARGO: Inspectora SST	
FRENTE DE OBRA (AREA): Alemania Unificada	CIUDAD: Bogotá DC
TELEFONO: 3209415004	FECHA DE INSPECCIÓN 10/03/2020

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Las escaleras y plataformas, estan limpias, en buen estado y libres de obtaculos	✓			
Las paredes estan limpias y en buen estado			X	
Las ventanas y tragaluces estan limpios sin impedir la entrada de luz natural	✓			
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas	✓			
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles	✓			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	✓			
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas	✓			
Los pasillos y zonas de transito estan libres de obstaculos.	✓			
Las carretillas estan aparcadas en los lugares especiales para ello	✓			
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y disposicion de materiales estan señalizadas	✓			
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas		X		Se solicita Almacenamiento adecuado.
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso	✓			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	✓			
MAQUINARAIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	✓			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	✓			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	✓			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	✓			
Se guardan limpias de aceite y grasa	✓			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	✓			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	✓			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)			X	
Se encuentran limpios y en buen estado	✓			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados.	✓			
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo	✓			
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales	✓			
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados			X	
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados		X		Se solicita adecuado Almacenamiento.
Se evita el rebose de los contenedores	✓			
La zona alrededor de los contenedores esta limpia	✓			
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area	✓			

COMENTARIOS

Se solicita Realizar la adecuada separación de quimicos y mantener etiquetado bajo el sistema Globalmente Armonizado.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FP03-04
	FORMATO DE INSPECCION DE EPP'S	VERSIÓN:	1
		FECHA DE EMISION:	12/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Mabel Velasco Osuna — VERIFICADO POR:

CARGO: Inspectora SST

FRENTE DE OBRA (AREA): Alemania Unificada, San Cristobal, Jose Joaquin Castro. — CIUDAD: Bogotá

TELEFONO: 3209450048 — FECHA DE INSPECCIÓN: 10 Marzo 2023

INSTRUCCIONES:

USO: (SI) El trabajador SI usa el EPP, (NO) El trabajador NO usa el EPP

ESTADO: (B) Bueno, (M) Malo, (NR) No Requiere

METODOS DE CONTROL: (1) Instrucción, (2) Motivación, (3) Cambio de EPP, (4) Capacitación, (5) Otra

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD BARBUQUEJO COPA		GUANTES		PROTECTOR AUDITIVO DE COPA O INSERCIÓN		BOTAS PUNTA DE ACERO		GAFAS DE SEGURIDAD		GUANTES DE NITRILO LARGOS		MASCARILLAS 3M		METODOS DE CONTROL	OBSERVACIONES
		USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO		
1	Alexander Rodriguez	SI	B	NR	NR	SI	B	SI	B	NR	NR	NR	NR	NR	NR	4	Ninguna
2	Paola Guevara	SI	B	NR	NR	SI	B	SI	B	NR	NR	NR	NR	NR	NR	4	Ninguna
3	Jhon Santana.	SI	B	NR	NR	SI	B	SI	B	NR	NR	NR	NR	NR	NR	4	Ninguna
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

COMENTARIOS:

Ninguno

YULIETH SALAZAR
NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR

Mabel Velasco
CC 1023976667.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

FORMATO DE INSPECCION DE EPP´S

CODIGO:	SST-FP03-04
VERSIÓN:	1
FECHA DE EMISION:	12/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Nilson Fabián Cruz Calderón
CARGO: Inspector Técnico SST
FRENTE DE OBRA (AREA): Consorcio Interventoría Colegios.
TELEFONO: 3126229998.

VERIFICADO POR:
CIUDAD: Bogotá.
FECHA DE INSPECCIÓN: 06-03-2023.

USO: (SI) El trabajador SI usa el EPP, (NO) El trabajador NO usa el EPP

INSTRUCCIONES:
ESTADO: (B) Bueno, (M) Malo, (NR) No Requiere

METODOS DE CONTROL: (1) Instrucción, (2) Motivación, (3) Cambio de EPP, (4) Capacitación, (5) Otra

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	CASCO DE SEGURIDAD BARBUQUEJO COPA		GUANTES		PROTECTOR AUDITIVO DE COPA O INSERCIÓN		BOTAS PUNTA DE ACERO		GAFAS DE SEGURIDAD		GUANTES DE NITRILO LARGOS		MASCARILLAS 3M		METODOS DE CONTROL	OBSERVACIONES
		USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO	USO	ESTADO		
1	Luis Carlos	Si	B	NO	NR	Si	B	Si	B	NO	NR	NO	NR	NO	NR		
2	Ivone.	Si	B	NO	NR	Si	B	Si	B	NO	NR	NO	NR	NO	NR		
3	Nilson Fabián Cruz C.	Si	B	Si	B.	Si	B.	Si	B	NO	NR	NO	NR	NO	NR		
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

COMENTARIOS:

YULIETH SALAZAR
NOMBRE Y FIRMA DEL INSPECTOR

Nilson Fabián Cruz C.
Inspector SST

Powered by CamScanner

INGENIERIA MASTER SAS	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	CODIGO:	SST-FP03-05
		VERSIÓN:	2
	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO OBRA	FECHA DE EMISION:	23/03/2019

NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:	Nikson Fabián Cruz C.	VERIFICADO POR:	
CARGO:	Inspector técnico SST		
FRENTE DE OBRA (AREA):	Condominio Interventoría Colegios	CIUDAD:	Bogotá
TELEFONO:	3126224993	FECHA DE INSPECCION	06-03-2023

SITUACION A OBSERVAR	CRITERIO DE CALIFICACION			
	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LOCALES				
Las escaleras y plataformas, estan limpias, en buen estado y libres de obtaculos	✓			
Las paredes estan limpias y en buen estado	✓			
Las ventanas y tragaluces estan limpios sin impedir la entrada de luz natural	✓			
Las señales de seguridad estan visibles y correctamente distribuidas	✓			
Los extintores estan en su lugar de ubicación y visibles	✓			
SUELOS Y PASILLOS				
Los suelos estan limpios, secos, sin desperdicios ni material innecesario	✓			
Las vias de circulacion de personas y vehiculos estan diferenciadas y señalizadas	✓			
Los pasillos y zonas de transito estan libres de obstaculos.	✓			
Las carretillas estan aparcadas en los lugares especiales para ello	✓			
ALMACENAJE				
Las areas de almacenamiento y disposicion de materiales estan señalizadas	✓			
Los lugares y sustancias almacenadas se encuentran correctamente señalizadas	✓			
Los materiales estan apilados sin invadir las zonas de paso	✓			
Los materiales se apilan de manera segura, limpia y ordenada	✓			
MAQUINARAIA Y EQUIPOS				
Se encuentran limpios y libres en su entorno de todo material innecesario	✓			
Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas	✓			
Poseen las protecciones adecuadas y los dispositivos de seguridad en funcionamiento	✓			
HERRAMIENTAS				
Estan almacenadas en cajas o paneles adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar	✓			
Se guardan limpias de aceite y grasa	✓			
Las electricas tienen el cableado y las conexiones en buen estado	✓			
Estan en condiciones seguras para el trabajo, no defectuosas y oxidadas	✓			
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y ROPA DE TRABAJO				
Se encuentran marcados o identificados para poderlos identificar por su usuario	✓			
Se guardan en los lugares especificos de uso personalizado (Armarios o locker)	✓			
Se encuentran limpios y en buen estado	✓			
Cuando son desechables se depositan en los contenedores adecuados.	✓			
RESIDUOS				
Los contenedores estan colocados proximos y accesibles a los lugares de trabajo	✓			
Estan claramente identificados los contenedores de residuos especiales	✓			
Los residuos inflamables se colocan en bidones cerrados	✓			
Los residuos incompatibles se recogen en contenedores separados	✓			
Se evita el rebose de los contenedores	✓			
La zona alrededor de los contenedores esta limpia	✓			
Existen los medios de limpieza a disposicion del personal del area	✓			

COMENTARIOS

Durante los recorridos de obra se evidencia el area de trabajo en optimas condiciones de orden y aseo.

Powered by CamScanner

ANEXOS SST – CONTRATISTA

ANEXO SST-15. INDUCCIÓN SST CONTRATISTA

PAGINA 1 DE 1 VERSION: 0001 CODIGO: HSEQ-F-183 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA

FECHA	22.12.2225	TIEMPO	
CARGO	Auxiliar Conductor	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	Raul Alberto Cabrales G.		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	77 651 166		

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 PRESION	/		
	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

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

Uso de energia



Ahorro Aguas



Recicla y Reutiliza



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. _____

Romel Orlando GA
Firma del trabajador

cc. 77 651 166

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:** ingreso vehicular
- **Mecanismo de alarma:** 5 alarmas

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 resíduos 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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Ramel Orlando Gil.

Fecha: 20.22.23 **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:

Política 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: Juan Pedreros

Oscar Guerreros

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

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

Nombre del trabajador: Ramel Orlando CA **Fecha** 20 | 02 | 2023

Cargo: ayudante **Área:** Alumni a 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).	✓		
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, Electrico, 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: Ramel orlando CA

C.C: 77 651 166

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Said Julio Ruiz

Firma:

C.C: 1024522732

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA.
FECHA:	22.22.2223	TIEMPO CONTRATO		
CARGO:	AUXILIAR			
NOMBRE TRABAJADOR	JIMMY GARCIA			
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	8078233			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	✓		
	VIBRACION	✓		
	RADIACIONES IONIZANTES		✓	
	RADIACIONES NO IONIZANTES		✓	
	TEMPERATURAS EXTREMAS	✓		
	PRESIONES ANORMALES		✓	
	ILUMINACIÓN	✓		
	VENTILACION		✓	
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS		✓	
	LIQUIDOS	✓		
	VAPORES Y GASES	✓		
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	✓		
	EXPLOSIÓN		✓	
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	✓		
	VIRUS - COVID-19	✓		
	HONGOS	✓		
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	✓		
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESION		✓	
	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

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

uso de energía



Ahorro agua.



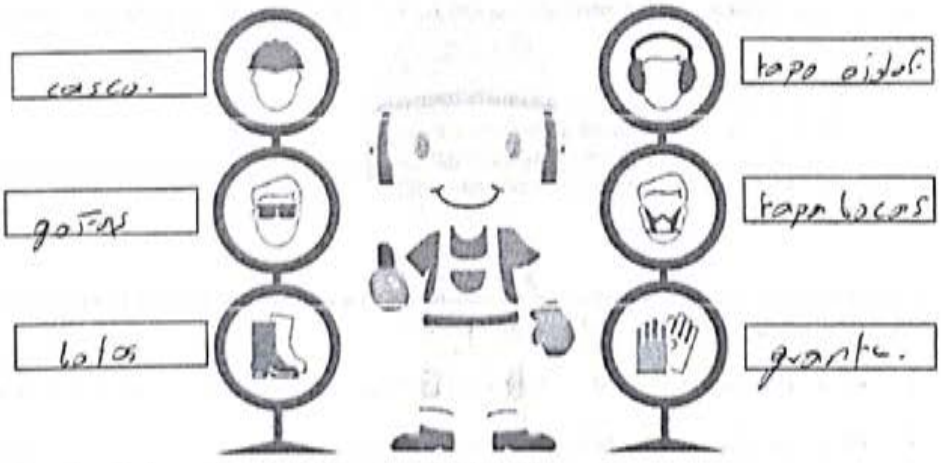
reciclaje y utilización.



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. 80.114.327

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.
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:** ingreso vehicular
- **Punto de encuentro área Operativo:** _____
- **Mecanismo de alarma:** 3 sonidos alarmas.

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.
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

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Jimmy Gerardo García

Fecha: 22.02.2023 **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:

política SPP

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: Juan Pedroso. 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

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

Nombre del trabajador: Jenny García S. **Fecha** 20 | 02 | 2023.

Cargo: oficial **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).	✓		
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: 80.114.323.

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Sandra Patricia Ruiz

Firma: _____

C.C: 1024522732

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.

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

X 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:** Acceso vehiculas
- **Mecanismo de alarma:** Timbre

Powered by CamScanner

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

uso insuficiente de la luz



uso del agua



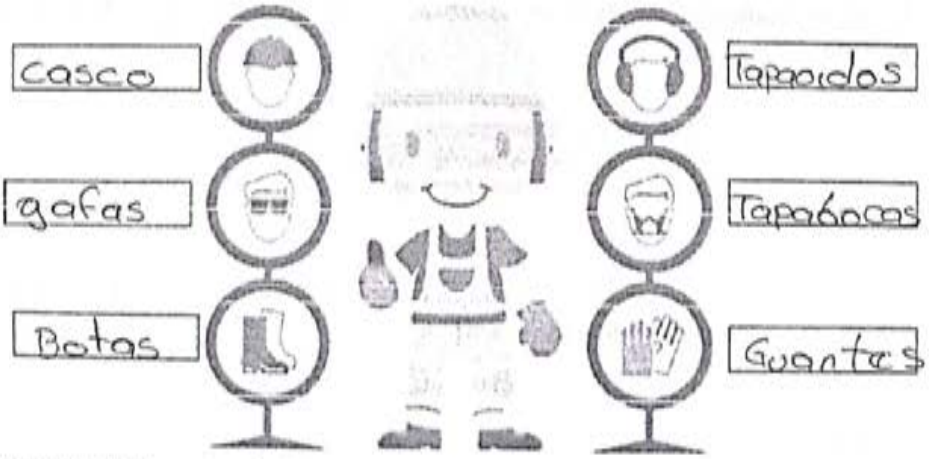
Reciclar Y Reutilizar



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. 79778430

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.
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.
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.

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN _____ **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Jose Alexander Vargas Gutierrez

Fecha: 24 de Febrero 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:

la b y la c

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: Juan Pedredos y 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

PAGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSION: 2021		
CODIGO: HSEQ-F-193		
DOCUMENTO CONTROLADO		

FECHA	24 de Febrero 2023	TIEMPO	
CARGO	Oficial	CONTRATO	Alemania Unificada
NOMBRE TRABAJADOR	Jose Alexander Vargas G.		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	79778430		

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 Jose Alexander Vargas G. REVISO

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Jose Alexander Vargas G. **Fecha** 24 02 2023

Cargo: Oficial **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).	✓		
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 Proteccion 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. (Mecanico, Alturas, Eléctrico, Quimico, Vial).	✓		
22	Divulgación Protocolo Bioseguridad Covid 19	✓		
23	Decalogo 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: 79978430

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: J Sandy Soto

Firma: [signature]

C.C: 1024522432

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA
VERSIÓN 3001		
COD GD HSEQ-F-193		
DOCUMENTO CONTROLADO		

FECHA	14-02-23	TIEMPO	
CARGO	OPERARIO	CONTRATO	SERVICIOS VARIOS
NOMBRE TRABAJADOR	SANTIAGO LOPEZ		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°			

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		X	
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		X	
	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 [signature] REVISO Santiago Lopez

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

Nombre del trabajador: D Santiago lopez **Fecha** DD: 14 MM: 02 AA: 23

Cargo: Ayudante. **Área:** Operativa - Carlos Gutierrez.

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: Santiago lopez

C.C: 1082 899 349

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Dubis Cossio

Firma:

C.C: 1.129.021.403

Nota: Entregar copia No Controlada de perfil de cargo.

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Santiago Lopez

Fecha: 14-02-23 **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:

Politica de:

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 trabajador y 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.
(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	AGUA	Recicla le
		

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 [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. _____

Santiago Lopez
Firma del trabajador

cc. 1082 899 349

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

Nombre del trabajador: Jair Jimenez **Fecha** 13 | 02 | 23

Cargo: Oficial **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: Jair Jimenez

C.C: 85376[illegible]

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Raul Cortes

Firma:

C.C: 1123021403

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS SAS
VERSIÓN: 0001		
CÓDIGO: HSEQ-F-193		
DOCUMENTO CONTROLADO		
FECHA	15-02-23	TIEMPO CONTRATO
CARGO	[illegible]	
NOMBRE TRABAJADOR	[illegible]	
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	[illegible]	

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 [illegible] REVISO [illegible]

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Julir Jimenez

Fecha: 13-02-23. **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.
e. Todas las anteriores.

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

política 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.
(d) a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Uno por trabajadores y no por 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.
(d) a y c son correctas.
e. Ninguna de 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:** concha principal
- **Mecanismo de alarma:** portería principal

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 ☐
- 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. _____

Yair Jimenez
Firma del trabajador

cc. 85372162
Yair Jim

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

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Induccion SST y Medio Ambiente.

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
	Entrenamiento		Técnicos Calidad		X Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Jose D. Castro. FECHA 14/02/2023 DURACIÓN: 1 h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Juan Ramirez	1024579292	- 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	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Juan Ramirez Alvarez **Fecha** DD: 14 MM: 02 AAAA: 23

Cargo: oficial. **Área:** jme y castro

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: 1024 579 247.

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre:

Firma:

C.C: 1022 958 693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: LUIS RAMIREZ ALMIRA

Fecha: _____ **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:

EPP
HSEQ
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.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio V. Ospina

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 nueva
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha nueva
- **Mecanismo de alarma:** Sirena

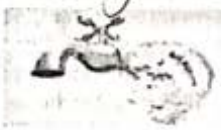
Powered by CamScanner

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

Ahorro energia



Ahorro agua



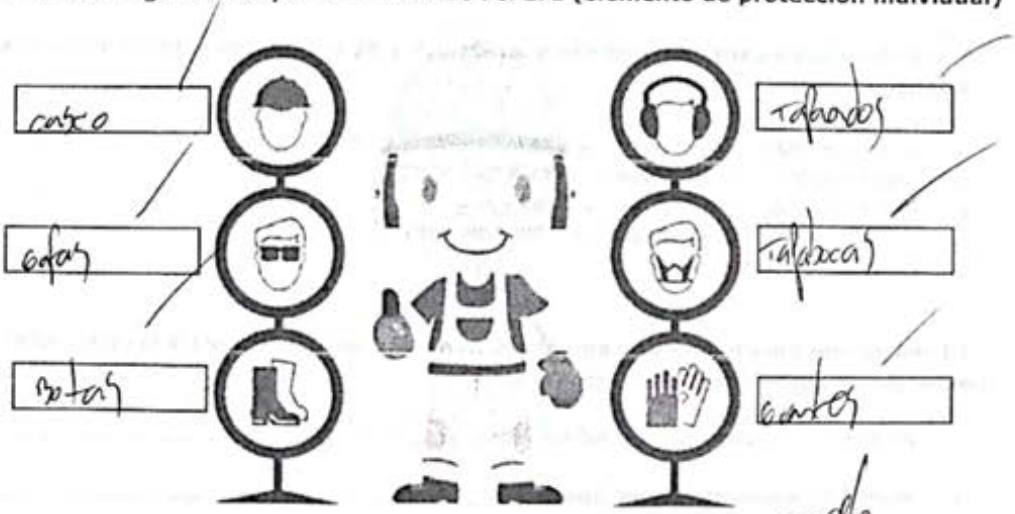
Manejo integral de residuos



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)



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

Firma del trabajador

CC. 1024599292.

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1 VERSIÓN: 4 CÓDIGO: RH-F-004 DOCUMENTO CONTROLADO	**ASISTENCIA A CAPACITACION**	PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Inducción SST y Medio Ambiente.

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
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: San Isidro. FECHA: 14 / 02 / 2023 DURACIÓN: 1 h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Hector Duarte	80417757	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	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de Instructor	

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

Nombre del trabajador: Hector Duvera **Fecha** DD 14 MM 02 AAAA 2023

Cargo: oficial **Área:** san isidro

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: 80437757

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Adrian Rocca Rozo.

Firma:

C.C: 1'022.958.693

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Hector Duque

Fecha: 14-02-2023 **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.
e. X Todas las anteriores.

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

uso de EPP

política de alcool y Drogas

política de 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.
d. X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio N. Oscar G.

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.

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.
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.

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 del colegio

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

ahorro energía



ahorro agua



manejo integral de residuos



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



tapa oidos

monogafas

tapa boca

botas de seguridad

guantes

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

Firma del trabajador

cc. 80437757

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Luis Alberto Ramirez

Fecha: 28 | 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:

me siento identificado con la politica de elementos Personal ya que utilizando los Epp puedo prevenir accidentes

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.
✓. 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.

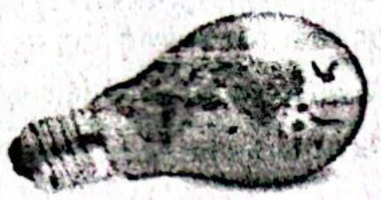
13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** no aplica
- **Punto de encuentro área Operativo:** Esquina bovental 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 energía	ahorro de agua	Reutiza y Recicla



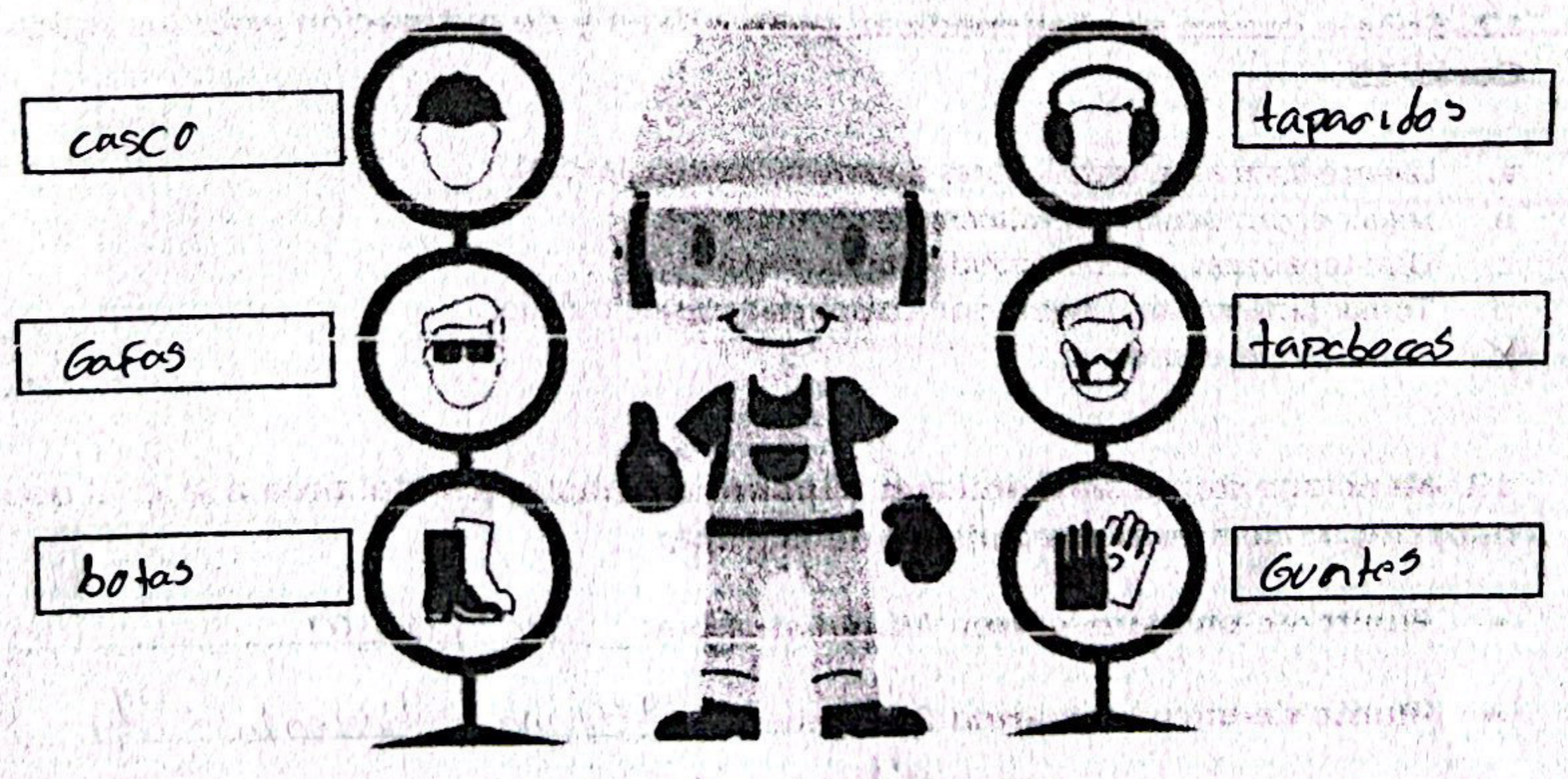




15.-Señale si es falso o verdadero:

- 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. _____

Luis Ramirez
Firma del trabajador

CC. 1033735610

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.
FECHA:	28 | 02 | 2023.	TIEMPO	
CARGO:	Ayudnte	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	Luis Alberto Ramirez		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	7033735610		

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 Luis Ramirez

REVISO

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: Luis Alberto Ramirez **Fecha** DD 28 MM 02 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	√		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: Luis Ramirez

C.C: 1033735616

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: Diego Rojas

Fecha: 06/02/2023 **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:
Politica A por q" son las politicas q" exigen transparencia: y derecho al Trabajador y del Trabajador a la empresa

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 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.
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?

X 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.
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.

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.

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

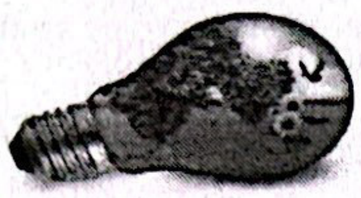
13.-Mencione donde está ubicado el punto de encuentro del área a la cual usted pertenece y especifique cual es el mecanismo de alarma:

- **Punto de encuentro área Administrativo:** No aplica
- **Punto de encuentro área Operativo:** costado oriental
- **Mecanismo de alarma:** tres silbatos

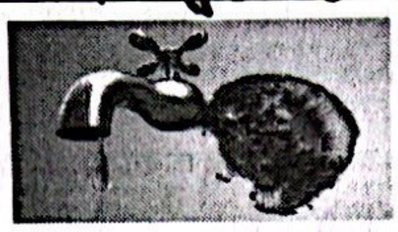
Powered by CamScanner

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

Ahorro de energia



Ahorro de Agua



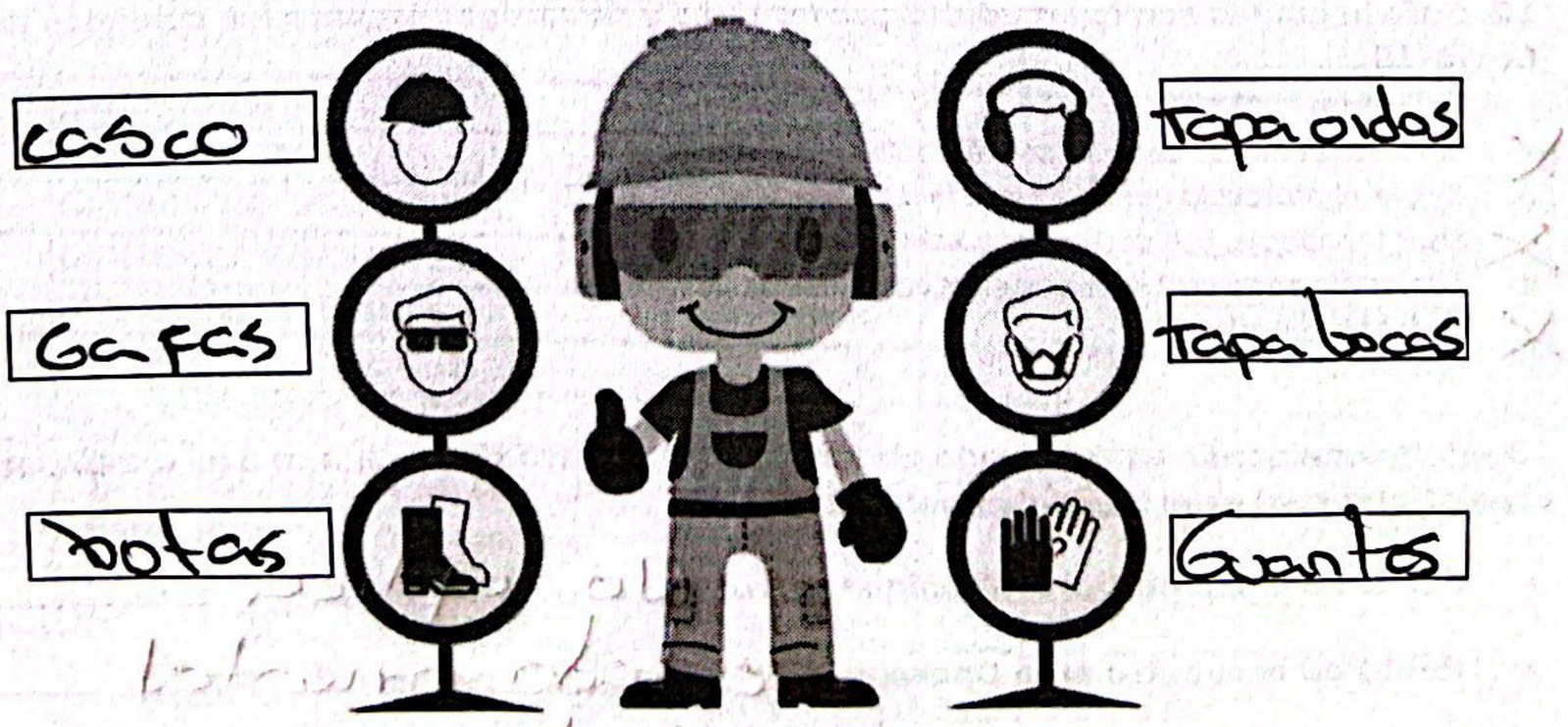
Clasificacy de Residuos



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. _____

Diego R
Firma del trabajador

cc. 1.013589644

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.
VERSIÓN: 0001			
CÓDIGO: HSEQ-F-193			
DOCUMENTO CONTROLADO		TIEMPO	
FECHA: 06/02/23	06/02/23	CONTRATO	
CARGO: Oficial	Oficial		
NOMBRE TRABAJADOR	Diego Reyes		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1013589644		

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 Diego R

REVISO

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: Diego Rojas **Fecha** DD 06 MM 02 AAAA 2023

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).	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: Diego Rojas

C.C: 1013589644

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Eivilemo rocl **Fecha** 10 03 2023.

Cargo: Oficial **Área:** OPERATIVA - CONICS EXTERNOS

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: 73'542.892

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Oscar 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 2021		
CÓDIGO: HSEQ F-193		
DOCUMENTO CONTROLADO		

FECHA	15-03-23.	TIEMPO	
CARGO	CHOFER	CONTRATO	
NOMBRE TRABAJADOR	GUILLERMO DAVID		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1064[illegible]7		

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 _____ REVISO _____

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN _____ **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Guillermo Novoa Figueroa

Fecha: 03-10-2023 **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
(e) Todas las anteriores.

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

Política 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.
(d) a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: _____

Uno Trabajadores - Uno 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.
(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:

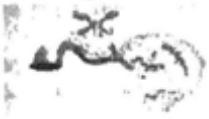
- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **Punto de encuentro área Operativo:** Cancha Principal
- **Mecanismo de alarma:** Portería

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 ☑
- 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. 73'547.897

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
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Jose D. Castro. FECHA 01/02/2023 DURACIÓN: 1 h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jaime Zapata	1019006887	Oficial
2	BRYAN CASTRO	1001[illegible]257	AYUDANTE
3	Johan Given Ruiz	1000182157	Ayudante
4	BRAYAN Rodriguez Pardo	1010188148	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 de instructor	

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: BRAYAN Rodrigues **Fecha** 07 | 02 | 2022

Cargo: OFICIAL **Área:** JOSE J CASTRO

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: BRAYAN Rodrigues Fandiño

C.C: 1010188178

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Fabian Forero Plazas

Firma: Fabian Forero

C.C: 1'022.958693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Oscar Fandiño Rodriguez

Fecha: 7-2-2023 **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:

Política de uso de P.P.S - Política de drogas
Política de seguridad vial - 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: Sergio, Oscar

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?

X a. Programa de vigilancia epidemiológico Cardiovascular.
X b. Programa de vigilancia epidemiológica Conservación auditiva.
X 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.
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?

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: CANCHA de micros

- **Punto de encuentro área Administrativo:** _____
- **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:

AHORO de energia | Ahorro de AGUA | Manejo y Disposicion 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%

BRAYAN Rodriguez Fandiño
Firma del trabajador

cc. 1010188148

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

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
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Jose D. Carbo. FECHA 9/01/2023 DURACIÓN: 1 1/2

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jaime Zapata	1019006881	Oficial
2	Brian Cardoza	1001970514	Ayudante
3	Johan Stiven Ruiz	1000182157	Ayudante
4	Diego Rodriguez Pardo	1010188148	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 de instructor	

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: BRAYAN CARDOZO **Fecha** DD 08 MM 02 AAAA 23

Cargo: AUXILIAR **Área:** JOSE J CASTRO

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: BRAYAN CARDOZO

C.C: 1001272517

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: [illegible]

Firma: [illegible]

C.C: 1022.958.693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: BRAYAN CARDOZO

Fecha: 08/02/23 **Cargo:** AUDIENTE

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 EPPS POLITICA SEGURIDAD VIAL
POLITICA DE ALCOHOL POLITICAS DE 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: [illegible]

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:

AHORRO DE ENERGIA | AHORRO DE AGUA | MANEJO Y 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)

CASCO | TAPAOIDO | GAFAS | TAPACARAS | BOTAS | GUANTES



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

BRAYAN CARDOZO
Firma del trabajador

cc. 1100127257

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: 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		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: José De Castro | FECHA: 07/03/2023 | DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Manuel Rivera Delgado	1090446371	Residente
2	Carlos E. Pinto	1095792[illegible]	[illegible]
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
Firma de instructor	

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 A. Ramos **Fecha** DD: 07 MM: 03 AAAA: 23

Cargo: Soldador - **Área:** Jose I. Castro

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: 9308271.

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Fabian Acca

Firma: Fabian Acca

C.C: 1072.958.693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Carlos A. Parra

Fecha: 07/03/23 **Cargo:** [illegible]

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:

EPP
Acoso laboral
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.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Sergio D. Oscar G

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:** contra Hiero
- **Punto de encuentro área Operativo:** contra electro
- **Mecanismo de alarma:** Sirena

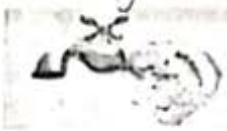
Powered by CamScanner

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

Ahorro energía



Ahorro Agua



Reducir 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. 100%

Firma del trabajador

cc. 80857221

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
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: José D. Castro. FECHA 07/01/2023 DURACIÓN: 1 h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jaime Zapata	1019006887	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	OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL
Firma de instructor	

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Jaime Alfonso **Fecha** DD 07 MM 02 AAAA 2023

Cargo: Oficial **Área:** Josa J Castro

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: 1019006887

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Johan Lopez Lopez

Firma:

C.C: 1022.958.693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: _____

Fecha: 06-02-2023 **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:

Ff
HSEQ
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.
X. a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Oscar G, Yeimon.

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 mixta
- **Punto de encuentro área Operativo:** cancha mixta
- **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



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. [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. 1014000887

PÁGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CÓDIGO: RH-F-004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

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
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Jose D. Castro. FECHA 07/01/2023 DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jaime Zapata	1019006881	Oficios
2	Brian Cardozo	1001795[illegible]	Auxiliar
3	Johan Estiven Ruiz	1000982152	Ayudante
4	Brayan Rodriguez Pardo	1010188148	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 de instructor	

Powered by CamScanner

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	
VERSIÓN: 4		
CODIGO: RHF-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		Copasst / Brigadistas
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: Jose D. Castro. FECHA: 01/01/2023 DURACIÓN: 1 h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jaime ZAPATA	1019056881	Oficial
2	BRYAN CARDOZO	1001125[illegible]	AYUDANTE
3	Johan Stiven Ruiz	1000282157	Ayudante
4	BRAYAN Rodriguez Pradura	1010188148	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 de Instructor	

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: Johan Ruiz **Fecha** 08/02/2022

Cargo: Ayudante **Área:** Jose J. Castro

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: 1000782157

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Johan Fabian Forero Pinzon

Firma: [signature]

C.C: 1072.958.693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Johan Salinas Ruiz

Fecha: 07/Feb/2023 **Cargo:** Jose J. Castro

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, consumo de sustancias, poliza Acoso laboral, 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.
X a, b y c son correctas.
e. Ninguna de las anteriores.

Mencione dos representantes: Jorge, Oscar G.

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?:

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 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:** Cancha de Micro Futbol
- **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 | Manejo y 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)

casco | tapa oi | gafas | tapaboca | botas | guantes



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

Firma del trabajador

cc. 1000282153

Powered by CamScanner

PAGINA 1 de 1 VERSIÓN 4 CÓDIGO: RH-F-004 DOCUMENTO CONTROLADO	**ASISTENCIA A CAPACITACION**	PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Mecánica 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
	Entrenamiento		Técnicos Calidad	X	Contratistas
	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: José De Cayo | FECHA 07 | 05 | 2023 | DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Manuel Rivera Delgado	1090446771	Residente
2	Carlos A. Pinto	88[illegible]2	[illegible]
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
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

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

Nombre del trabajador: Mayra Rivera Velásquez **Fecha** 07 | 07 | 2023

Cargo: Residente **Área:** José Joaquín Castro

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: Mayra Rivera.

C.C: 1090441631

Nombre del funcionario que impartió la inducción:

Nombre: Edwin Tocora Ruiz

Firma: Edwin Tocora

C.C: 1022968693

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN HSEQ

INDUCCIÓN X **REINDUCCIÓN** _____

Nombre del trabajador: Mayra Rivera Velásquez

Fecha: 07/03/2023 **Cargo:** Residente.

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
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: Jorge V, Oscar G.

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. 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.
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:

Ahorro agua



Ahorro agua



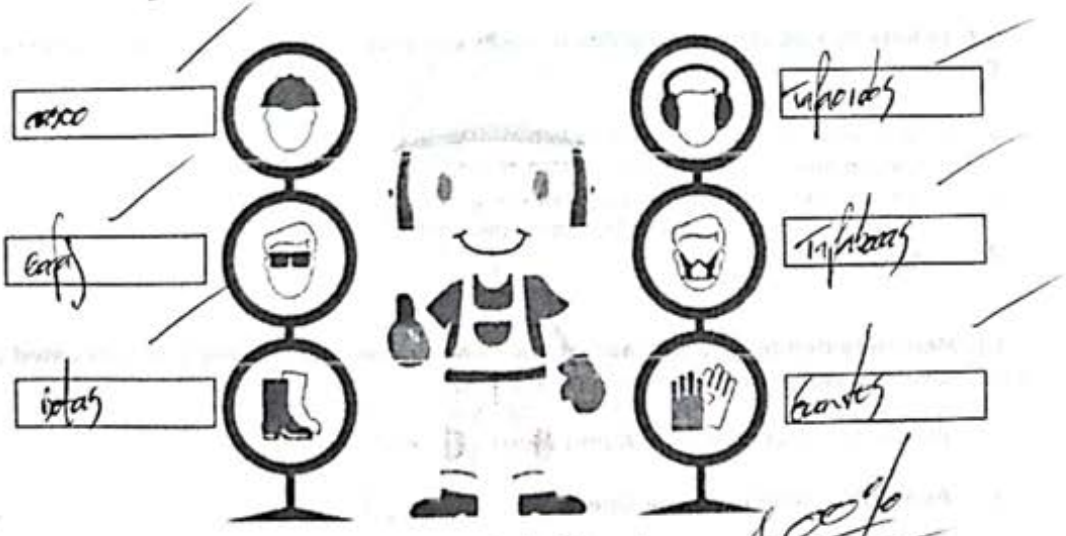
Manejo integral de residuos



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. 1004116311

Powered by CamScanner

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

FECHA:	6-2-2023	TIEMPO	4 AÑOS
CARGO:	OFICIAL	CONTRATO	4044644
NOMBRE TRABAJADOR	OMAR SID FANDIÑO	OMAR FANDIÑO	
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1010188148		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes, uso de herramientas, vibroaplicadores, esmeriladora
	VIBRACION	X		
	RADIACIONES IONIZANTES	X		
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta Solar, Soldadura
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente. Frio.
	PRESIONES ANORMALES	X		
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Puesto de trabajo en áreas confinadas
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, asbesto.
	LIQUIDOS	X		Pinturas.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, Sistemas Contra
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Trabajo pendiente
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano,
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de Mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Lesiones, golpes, contusiones
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos,
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados
	CARGA ESTÁTICA	X		Apantallamiento con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo Manuales,
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Retener, Puesto de trabajo desordenado.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, Huecos.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, Cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de capacitación
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación interna y externa
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Desplazamientos por el área
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		Vehículos.

ELABORO Edwin Lara Pinzón. REVISO _____

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS		PROFESIONALES ASOCIADOS
FECHA:	14-02-2023	TIEMPO	30 años
CARGO:	oficial	CONTRATO	4072644
NOMBRE TRABAJADOR	Hector Dulvore		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1143775		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes uso de herramientas
	VIBRACION	X		Vibración de herramientas, esmeriladora
	RADIACIONES IONIZANTES	X		soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Luz visible del sol, luz de soldadura
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente
	PRESIONES ANORMALES	X		Ingreso.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento, altura, encerramiento
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, cemento.
	LIQUIDOS	X		Pintura.
	VAPORES Y GASES	X		Gas propano, soldadura,
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todo inflamable
	EXPLOSIÓN	X		Gas propano,
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Tejanes, cadenas, cortadores
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos,
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cables vivos
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de alambres energizados,
	CARGA ESTÁTICA	X		soldadura con electrodos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo muscular,
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Residuos, puesto de trabajo desordenados.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, escaleras,
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de compañerismo
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación intra y extralaboral.
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Desplazamientos por el área
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS
FECHA	07/02/23	TIEMPO CONTRATO		1 AÑO
CARGO	AUXILIAR			4107849
NOMBRE TRABAJADOR	BRAYAN CARDOZO			BRAYAN CARDOZO
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1007127957			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes, uso de herramientas,
	VIBRACION	X		Vibración de motores, soldadura
	RADIACIONES IONIZANTES	X		soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		ultravioleta del Sol, soldadura
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente
	PRESIONES ANORMALES	X		Equipos.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento de todas direcciones
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, asbesto.
	LIQUIDOS	X		Pinturas.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, sistemas de refrig.
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Fuentes generadores
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano,
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Lesiones locales, cortadas
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados
	CARGA ESTÁTICA	X		Apantallamiento con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo muscular.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Verter, botar todo tipo de residuos.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, escaleras.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, Cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de compañerismo
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación intra y extralaboral
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Implementos por el área
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

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

FECHA	07/03/25	TIEMPO	1 año
CARGO	Soldador	CONTRATO	4577644
NOMBRE TRABAJADOR	Carlos A. Pomos		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	2065[illegible]11		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes, uso de herramientas,
	VIBRACION	X		Vibraciones, rotomartillo
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta del sol, soldadura
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente
	PRESIONES ANORMALES	X		Compresor.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Puesto de trabajo a campo abierto
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, asbesto.
	LIQUIDOS	X		Pinturas.
	VAPORES Y GASES	X		Gas propano, sistemas químicos
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos generadores
	EXPLOSIÓN	X		Gas propano
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Estado, mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Personal, cables, cortadores
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo muscular.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Retiro, limpieza trabajo constante
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, escaleras.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de capacitación
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación interna y externa
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Desplazamientos por el área.
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO [signature] REVISO _____

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 0001				
CÓDIGO: HSEQ-F-193				
DOCUMENTO CONTROLADO				
FECHA	14/02/23	TIEMPO	4 años	
CARGO	civil	CONTRATO	4077644	
NOMBRE TRABAJADOR	Juan Ramirez	1° mes		
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1024 [illegible] 292.			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Colleres uso de herramientas.
	VIBRACION	X		Vibroapisonadores, retroexcavadora
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura.
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta del Sol / Soldadura
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente.
	PRESIONES ANORMALES	X		Cilindros.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento en todas las areas.
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, Solventes, tuberías, asbesto.
	LIQUIDOS	X		Pinturas.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, Sistemas de [illegible]
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos los empleados
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano,
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, zonas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar.
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de Mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc.
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Tornillos, Cables, Cortantes.
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamiento.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas.
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados.
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo muscular.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Residuos, Sobrantes de trabajo, Desechos.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, Escaleras.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, Cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de capacitación
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación interna y externa
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Deslizamientos por el area
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehiculos.

ELABORO [signature] REVISO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS
FECHA:	06-2-2023	TIEMPO		12 AÑOS
CARGO:	Oficial	CONTRATO		4077644
NOMBRE TRABAJADOR	Jaime Alonso			
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1019006 987			

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes, uso de herramientas
	VIBRACION	X		Vibroapisonadores, soldadura
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta (Sol) / Luz visible
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente
	PRESIONES ANORMALES	X		Cilindros.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación poco deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento al trabajar en altura
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, cemento.
	LIQUIDOS	X		Pinturas.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, soldadura
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos generadores
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano.
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros oxicorte, etc
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Teas, ladrillos, cortadores
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cables vivos
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo muscular.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Sitios de trabajo con basuras.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, huecos.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, escaleras.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de compañerismo
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación laboral y extralaboral.
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Posibles fenómenos por el área
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1 VERSIÓN: 0001 CÓDIGO: HSEQ-F-193 DOCUMENTO CONTROLADO	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS			PROFESIONALES ASOCIADOS
FECHA:	06-Feb-2022.	TIEMPO	8-DIAS	
CARGO:	José J. castro	CONTRATO	4077644	
NOMBRE TRABAJADOR	Johan Ruiz			
IDENTIFICACIÓN C.C. N°	1007821153		1077644	

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Golpes, uso de herramientas,
	VIBRACION	X		Vibración de motores, soldadura
	RADIACIONES IONIZANTES	X		Soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta del Sol, soldadura
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente
	PRESIONES ANORMALES	X		Líquidos.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación poco deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento, gases de combustión
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, asbesto.
	LIQUIDOS	X		Pinturas.
	VAPORES Y GASES	X		Gas propano, sustancias químicas
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Todos generadores
	EXPLOSIÓN	X		Gas propano
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Sales que no desinfectan.
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Personas, cadenas, cortadores
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos,
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo manuales,
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Retazos, basuras, falta de orden y aseo.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, escaleras.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de programación
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación interna y externa
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Los fenómenos por el área
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO _____ REVISO _____

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 1	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN 001		
CÓDIGO: NSE-S-F-103		
DOCUMENTO CONTROLADO		

FECHA	8/03/23	TIEMPO	1 año
CARGO	Fontanero	CONTRATO	4077679
NOMBRE TRABAJADOR	[illegible]		
IDENTIFICACIÓN C.C. Nº	1019[illegible]		

CLASE DE RIESGO	RIESGO	APLICA SI	APLICA NO	FUENTE
FISICOS	RUIDO	X		Colocación de herramientas.
	VIBRACION	X		Vehículos, herramientas, soldadura
	RADIACIONES IONIZANTES	X		soldadura
	RADIACIONES NO IONIZANTES	X		Ultravioleta (sol), luz visible.
	TEMPERATURAS EXTREMAS	X		Temperatura ambiente.
	PRESIONES ANORMALES	X		Líquidos.
	ILUMINACIÓN	X		Iluminación deficiente
	VENTILACIÓN	X		Viento, gases, vapores.
QUIMICOS	AEROSOLES SOLIDOS	X		Pintura, polvo, fibras, abesto.
	LIQUIDOS	X		Pintura.
	VAPORES Y GASES	X		Gas Propano, soldadura,
FISICO QUÍMICOS	INCENDIO	X		Fuego generalizado
	EXPLOSIÓN	X		Gas Propano,
BIOLÓGICOS	BACTERIAS	X		Baños, áreas locativas.
	VIRUS - COVID-19	X		Contacto estrecho.
	HONGOS	X		Superficies sin desinfectar.
MECÁNICOS	HERRAMIENTAS MANUALES	X		Falta de Mantenimiento
	EQUIPOS O ELEMENTOS A PRESIÓN	X		Cilindros, oxicorte, etc.
	MANIPULACIÓN DE MATERIALES	X		Tejanes, cadenas, cortantes.
	MECANISMOS EN MOVIMIENTO	X		Atrapamientos.
ELÉCTRICOS	ALTA Y MEDIA TENSIÓN	X		Cargas vivas
	BAJA TENSIÓN	X		Manipulación de aparatos energizados.
	CARGA ESTÁTICA	X		Contacto con elementos.
ERGONOMICOS	CARGA ESTÁTICA	X		Posturas
	CARGA DINÁMICA	X		Esfuerzo muscular.
LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	X		Sitios, puntos de trabajo desordenados.
	CAIDAS A NIVEL	X		Desniveles, grietas.
	CAIDAS A DIFERENTE NIVEL	X		Andamios, cubiertas.
PSICOLABORALES	CONTENIDO DE LA TAREA	X		Monotonía, falta de concentración
	RELACIONES HUMANAS	X		Relación interna y externa.
NATURALES	TERREMOTOS O SISMOS	X		Movimientos por el área
	DESLIZAMIENTOS	X		de la obra.
DE ORIGEN SOCIAL	ATENTADOS	X		Personal externo a la
	ROBOS, ATRACOS, INSEGURIDAD	X		obra.
	HOSTIGAMIENTOS Y MANIFESTACIONES	X		
TRANSITO	ATROPELLAMIENTOS	X		Ingreso y salida de
	COLISIONES	X		vehículos.

ELABORO [signature] REVISO

Powered by CamScanner

ANEXO SST-16. EXÁMENES MÉDICOS CONTRATISTA

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° 39.909

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 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
BAUTISTA ZOLANO CARLOS EDUARDO	CC (Tipo)	5812768 (Número)	05/06/1993	29 AÑOS	AB -

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE DE OBRA	**13/02/2023 07:30:10 a.m.**	**13/02/2023 08:09:31 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	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRUCI0N		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, 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. EXAMEN MEDICO DE INGRESO FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS SOBREPESO, SE REMITE A EPS POR NUTRICION PARA MANEJO Y CONTROL . APTO PARA TRABAJAR.
*CONOCE Y DA ACEPTACION DE LA LEY 1581 HABEAS DATA. CONCENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA.

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 S136Y1E39909

Aspirante o Trabajador



Firma:



Nombre: BAUTISTA ZOLANO CARLOS EDUARDO

CC: 5812768

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° 39.932

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	02 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
NOVOA PEREZ CRISTIAN CAMILO	CC (Tipo)	1031183450 (Número)	22/11/1999	23 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE DE OBRA	**14/02/2023 06:57:07 a.m.**	**14/02/2023 07:26:46 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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		HACER DEPORTE
		DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, 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. EXAMEN MEDICO DE INGRESO FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. APTO PARA TRABAJAR.
*CONOCE Y DA ACEPTACION DE LA LEY 1581 HABEAS DATA. CONCENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA.

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 W136C1I39932

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: NOVOA PEREZ CRISTIAN CAMILO

CC: 1031183450



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° 39.928

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	02 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
GUZMAN SANTA DAVID ALFREY	CC (Tipo)	1000031241 (Número)	18/05/2000	22 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE DE OBRA	**14/02/2023 06:15:26 a.m.**	**14/02/2023 06:42:55 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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, 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. EXAMEN MEDICO DE INGRESO FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. APTO PARA TRABAJAR.
*CONOCE Y DA ACEPTACION DE LA LEY 1581 HABEAS DATA. CONCENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA.

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
J136P1V39928

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GUZMAN SANTA DAVID ALFREY

CC: 1000031241



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° 39.674

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 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
ASCUNTAR VIVEROS FRANCISCO FERNANDO	CC (Tipo)	80729820 (Número)	02/07/1982	40 AÑOS	B +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AUXILIAR DE SOLDADURA	**27/01/2023 07:42:45 a.m.**	**27/01/2023 09:54:01 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	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION , OPTOMETRISTA		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, 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. EXAMEN MEDICO DE INGRESO FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS NORMALES, LABORATORIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS .AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO SOBREPESO, SE REMITE A EPS POR NUTRICION PARA MANEJO Y CONTROL APTO PARA TRABAJAR.
*CONOCE Y DA ACEPTACION DE LA LEY 1581 HABEAS DATA. CONCENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA.

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
A136G1M39674

Aspirante o Trabajador



Firma:



Nombre: ASCUNTAR VIVEROS FRANCISCO FERNANDO

CC: 80729820

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° 39.610

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 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
GARCIA SANABRIA CRISTIAN MAURICIO	CC (Tipo)	1033722245 (Número)	14/05/1990	32 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
TECNÓLOGO	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE DE OBRA	**25/01/2023 07:37:45 a.m.**	**25/01/2023 09:16:48 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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		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 DE MANERA PRIORITARIA PARA VALORACION Y CONDUCTA POR OFTALMOLOGIA. APTO PARA TRABAJAR BAJO 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: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad R136X1D39610

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GARCIA SANABRIA CRISTIAN MAURICIO

CC: 1033722245



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



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° 39.908

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	02 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
GARCIA ALBARRACIN ROMEL GERARDO	CC (Tipo)	1007404311 (Número)	24/06/2000	22 AÑOS	B +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	SOLTERO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AYUDANTE DE OBRA	**13/02/2023 06:30:18 a.m.**	**13/02/2023 07:12:24 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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, 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. EXAMEN MEDICO DE INGRESO FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. APTO PARA TRABAJAR.
*CONOCE Y DA ACEPTACION DE LA LEY 1581 HABEAS DATA. CONCENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA

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
V136B1H39908

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GARCIA ALBARRACIN ROMEL GERARDO

CC: 1007404311



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° 38.248

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	10 MES	2022 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
AREVALO YEPEZ TEDER DAYAN	CC (Tipo)	1007275624 (Número)	03/07/1992	30 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
SOLDADOR	**14/10/2022 06:23:16 a.m.**	**14/10/2022 07:35:36 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 CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION, MEDICINA GENERAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	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. EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO PRESENTA OBESIDAD GRADO I, SE REMITE A EPS POR NUTRICION, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS NORMALES, LABORATORIOS PRESENTA HIPERTRIGLICERIDEMIA, SE REMITE A EPS PARA CONTROL Y TRATAMIENTO. 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



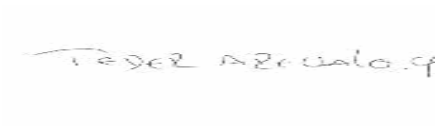
Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/202

Código de Seguridad
Q136W1C38248

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: AREVALO YEPEZ TEDER DAYAN

CC: 1007275624



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° 951

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	09 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
SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S	SOLUCIONES INTEGRALES M2 S.A.S

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RAMIREZ MARTINEZ LUIS ALBERTO	MASCULINO	31 AÑOS 2 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1033735610 (Número)

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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	✓

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

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

R. M.: 17223 L.S.O.: 11200

Código de Seguridad
R1255X1D951

Aspirante o Trabajador

Firma: Luis Ramirez

Nombre: RAMIREZ MARTINEZ LUIS ALBERTO

CC: 1033735610

LABORATORIO CLINICO
Dra. Andrea Rodriguez
NIT: 52.435.575-1

Paciente: LUIS ALBERTO RAMIREZ **Recepción:** 66706 **Sala:** N/A
Edad: 31 A **Sexo:** M **Identificación:** 1033735610 **Fecha rcp:** 12/09/2022 08:28:03 a.m.
Teléfonos: **Médico :** No Asignado
Empresa: A IPS SERMED SAS

		Resultado	Valores de referencia
Quimica			
1	Colesterol total sérico	246 mg/dl	100 a 200 mg/dl
2	Glucosa sanguinea	77 mg/dl	70 a 100 mg/dl
3	Triglicéridos sérico	273 mg/dl	60 a 150 mg/dl

Dra Andrea Rodriguez Bolivar

Clinisur IPS 1 Ltda.

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

754

NÚMERO

5996391895

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ FECHA 24/01/2023 14:22:29

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: ANDRES FELIPE ESCOBAR HERNANDEZ C.C 1026297811

EDAD 26 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

ONTROL POR NUTRICION EPS/
UEDE LABORAR EN ALTURAS
ONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS
TIVAS
R CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

ÁMENES DE EGRESO

pecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

ANDRES ESCOBAR.

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Avila

Médico Cirujano y especialista en Salud Ocupacional y Seguridad Laboral

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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: 97

Nombre: JAIR GREGORIO JIMENEZ JIMENEZ

Identificacion: CC 85372162

SCANEAR



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 MÉDICO. 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

Jair Jimenez

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 85372162

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: 341

SCANEAR



Nombre: SANTIAGO ENRIQUE LOPEZ CABRERA

Identificacion: CC 1082899349

Empresa: CARLOS GUTIERREZ NIT 79209739-0

Cargo a desempeñar OFICIAL

Edad: 35 años y 4 meses. Fecha nacimiento: 01/09/1987

Examen para: INGRESO **Fecha Valoración:** miércoles 8 de febrero de 2023

CONCEPTO DE APTITUD PARA LABORAR

Concepto de Aptitud:	*APTA(O): Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: OFICIAL*
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

A 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 VALUACIONES 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 MPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DE 2005 CONCEPTO EXPEDIDO AGREGANDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULOS 3 Y 4, (EMERGENCIA ANITARIA 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. erificación 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

Santiago 10 p 62
FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 1082899749



ANEXO SST-17. PLANILLAS SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79209739	0	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ	A	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4330	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 80 D BIS 43 60	2667429	SEGURIDADSOCIALCJGM@GMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-02	2023-03	25789584	E	2023-03-07	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.358.900	0	BANCO DAVIVIENDA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
12 de 12	25789584	2023-03-09	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																																
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	FECHA ING	RET	FECHA RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	FECHA VSP	VTE	VST	SLN	FECHA INICIO SLN	FECHA FIN SLN	IGE	FECHA INICIO IGE	FECHA FIN IGE	LMA	FECHA INICIO LMA	FECHA FIN LMA	VAC	FECHA INICIO VAC	FECHA FIN VAC	AVP	VCT	FECHA INICIO VCT	FECHA FIN VCT	IRL	FECHA INICIO IRL	FECHA FIN IRL	EPST	AFPT
1	CC 79682771	ANGULO ORELLANO ADEMIR	1.160.000	F																													0				
2	CC 1026297811	ESCOBAR HERNANDEZ ANDRES FELIPE	1.160.000	F	X	2023/02/10																											0				
3	CC 1083022967	GUTIERREZ GUEPE CARLOS STIVEN	1.160.000	F																													0				
4	CC 1006855890	OSORIO VILLALOBO GERLEN	1.160.000	F																													0				
5	CC 85372162	JIMENEZ JIMENEZ JAIR GREGORIO	1.160.000	F																													0				
6	CC 79555362	PARRA PEREZ JESUS	1.160.000	F																													0				
7	CC 348412	RAMIREZ BARBOSA JOSE MANUEL	1.160.000	F																													0				
8	CC 14228112	OYOLA JUSTO	1.160.000	F																													0				
9	CC 12630396	MANRIQUE OROZCO MARCO ALFONSO	1.160.000	F			X	2023/02/04																									0				
10	CC 18599633	CARDONA CARDONA ORLEY DE JESUS	1.160.000	F	X	2023/02/11	X	2023/02/11																									0				
11	CC 1082899349	LOPEZ CABRERA SANTIAGO ENRIQUE	1.160.000	F																													0				
12	CC 80807876	USGAME OÑATE YAIR ANDRES	1.160.000	F																													0				

	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica
1	30	30	30	30	PROTECCION -230201	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANA R-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSA R-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
2	21	21	21	21	PORVENIR-230301	812.000	130.000	0	0	COMPENSA R-EPS-EPS008	812.000	32.500	COMPENSA R-CCF24	812.000	32.500	812.000	56.600	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	251.600	S	5433001
3	30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.160.000	185.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.160.000	46.400	COMPENSA R-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
4	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.160.000	46.400	COMPENSA R-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
5	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.160.000	46.400	COMPENSA R-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
6	30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.160.000	185.600	0	0	FAMISANA R-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSA R-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
7	0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	FAMISANA R-EPS017	1.160.000	46.400	COMPENSA R-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	5	173.600	S	5433001
8	30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.160.000	185.600	0	0	EPS-S CAPITAL-EPSC34	1.160.000	46.400	COMPENSA R-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
9	4	4	4	4	COLFONDOS-231001	154.667	24.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	154.667	6.200	COMPENSA R-CCF24	154.667	6.200	154.667	10.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	48.000	S	5433001
10	1	1	1	1	PORVENIR-230301	38.667	6.200	0	0	FAMISANA R-EPS017	38.667	1.600	COMPENSA R-CCF24	38.667	1.600	38.667	2.700	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	12.100	S	5433001
11	30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.160.000	185.600	0	0	EPS-S MUTUAL - MOV-ESSC07	1.160.000	46.400	COMPENSA R-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001
12	30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.160.000	185.600	0	0	COMPENSA R-EPS-EPS008	1.160.000	46.400	COMPENSA R-CCF24	1.160.000	46.400	1.160.000	80.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	359.200	S	5433001

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 79209739	0	CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ	A	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4330	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 80 D BIS 43 60	2667429	SEGURIDADSOCIALCJGM@GMAIL.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-02	2023-03	25789584	E	2023-03-07	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.358.900	0	BANCO DAVIVIENDA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
12 de 12	25789584		Pagada

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
10.285.334	11.445.334	11.445.334	11.445.334	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				11	1.645.800	0	0	0	1.645.800
PROTECCION	230201	800229739	0	1	185.600	0	0	0	185.600
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	3	556.800	0	0	0	556.800
PORVENIR	230301	800224808	8	5	693.000	0	0	0	693.000
COLFONDOS	231001	800227940	6	2	210.400	0	0	0	210.400
EPS(Administradoras: 5)				12	457.900	0	0	0	457.900
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	2	78.900	0	0	0	78.900
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	4	140.800	0	0	0	140.800
EPS-S MUTUAL - MOV	ESSC07	806008394	7	1	46.400	0	0	0	46.400
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	4	145.400	0	0	0	145.400
EPS-S CAPITAL	EPSC34	900298372	9	1	46.400	0	0	0	46.400
ARP(Administradoras: 1)				12	797.300	0	0	0	797.300
ARL SURA	14-11	890903790	5	12	797.300	0	0	0	797.300
CCF(Administradoras: 1)				12	457.900	0	0	0	457.900
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	12	457.900	0	0	0	457.900
Gran Total					3.358.900	0	0	0	3.358.900

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
2023-02	2023-03	32545448	9448108647	E	2023/03/06	2023/03/09	BANCO DE OCCIDENTE		$13,656,200

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 0 (2 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																															
1	CC	1026280172	ROZO RIVERA LIZETH VANESSA											X							230301	3	EPS005	3	CCF21	3	14-7	3	0.000%	3	Si
2	CC	1022958693	TOCUA PINZON FABIAN										X								230201	6	EPS017	6	CCF21	6	14-7	6	0.000%	6	Si
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (2 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																															
3	CC	1075225207	CORTES BARRIOS NATALIA ANDREA																		230301	30	EPS005	30	CCF21	30	14-7	30	0.522%	30	Si
4	CC	1051822295	RODRIGUEZ VASQUEZ VANESSA																		230301	30	EPS010	30	CCF21	30	14-7	30	0.522%	30	Si
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 5 (14 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (14 Afiliados)																															
5	CC	1022385179	AYALA FORERO BRAYAN ESTIVEN																		230301	30	EPS008	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
6	CC	1023021403	CASTRO PIRACOCA DUBAR DAVIANNY																		25-14	30	EPS008	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
7	CC	1020815988	FLOREZ HENAO MATEO																		230901	30	EPS001	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
8	CC	52382758	HORMAZA LOZANO SANDRA MILENA																		230201	30	EPS008	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
9	CC	1024522732	JULIO RUIZ SAID ALONSO																		230301	30	EPS008	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
10	CC	1013590546	LOAIZA RODRIGUEZ JERFENSON ARNULFO																		231001	30	EPS008	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
11	CC	79744779	LOPEZ SANCHEZ OMAR CAMILO																		230301	30	EPS008	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
12	CC	80116087	MELO RINCON CIRO ANTONIO																		25-14	30	EPS002	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
13	CC	12198058	PEDREROS DIAZ JUAN FERNANDO																		25-14	30	EPS002	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
14	CC	1033792061	PORTILLA GARZON VALENTINA																		230301	30	EPS017	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
15	CC	1026280172	ROZO RIVERA LIZETH VANESSA																		230301	27	EPS005	27	CCF21	27	14-7	27	6.960%	27	Si
16	CC	79838555	RUBIO GALINDO CAMILO ANDRES																		230301	30	EPS002	30	CCF21	30	14-7	30	6.960%	30	Si
17	CC	1022958693	TOCUA PINZON FABIAN																		230201	24	EPS017	24	CCF21	24	14-7	24	6.960%	24	Si
18	CC	1018510121	TOVAR JIMENEZ LUIS CARLOS																		230301	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	$7,281,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$400,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$1,120,000

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	$3,931,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$1,510,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$2,759,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	16	$2,759,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				16	$1,778,100
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	16	$1,778,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				16	$1,787,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$80,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	$812,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$244,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$144,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	3	$340,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$167,000
TOTAL				**16**	**$13,606,000**

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
NI	901561860	SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS	CL 68G SUR 49D 52	6019332997	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	C	PRINCIPAL	5455901	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA

PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
2	2023	2	2023	Y	13 03 2023	66249582	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	7	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1000778186	NAVARRETE BOLIVAR SERGIO	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPSC34	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
2	CC 1032362568	CHAPARRO SALAMANCA CARLOS ARMANDO	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
3	CC 1033735610	RAMIREZ MARTINEZ LUIS ALBERTO	59	0			No	001	11	X															8	8	8	0	EPS002	$309,334	12.50%	$38,700	230301	$309,334	16.00%	$49,500	$0
4	CC 1033751411	VILLA RAMIREZ CARLOS ENRIQUE	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPS005	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
5	CC 1057602681	PEREZ ORTIZ YEFREY SNEYDER	59	0			No	001	11		X														24	24	24	0	EPS017	$928,000	12.50%	$116,000	231001	$928,000	16.00%	$148,500	$0
6	CC 1073723863	ACEVEDO ARIAS WILMER ERNEY	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPS002	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
7	CC 12973153	LOPEZ ENRIQUEZ JESUS SIMEON	59	0			No	001	11																30	30	30	0	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
																																$879,700				$1,126,000	$0

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL	CÓDIGO CCF	IBC CCF	TARIFA CCF	APORTE CCF	TARIFA SENA	APORTE SENA	TARIFA ICBF	APORTE ICBF
1	CC 1000778186	NAVARRETE BOLIVAR SERGIO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
2	CC 1032362568	CHAPARRO SALAMANCA CARLOS ARMANDO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
3	CC 1033735610	RAMIREZ MARTINEZ LUIS ALBERTO	$0	14-11	$309,334	6.96%	5	$21,600		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
4	CC 1033751411	VILLA RAMIREZ CARLOS ENRIQUE	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
5	CC 1057602681	PEREZ ORTIZ YEFREY SNEYDER	$0	14-11	$928,000	6.96%	5	$64,600		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
6	CC 1073723863	ACEVEDO ARIAS WILMER ERNEY	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
7	CC 12973153	LOPEZ ENRIQUEZ JESUS SIMEON	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
			$0					$490,200				$0		$0		$0

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
NI	901561860	SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS	CL 68G SUR 49D 52	6019332997	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	C	PRINCIPAL	5455901	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA

PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
3	2023	2	2023	E	13 03 2023	66249934	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	5	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 1000126107	QUINTERO RAMIREZ JOSE STEVENS	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
2	CC 1013589644	ROJAS ROMERO DIEGO ALONSO	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
3	CC 1014178330	SALAMANCA GONZALEZ WILSON IGNACIO	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS017	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
4	CC 1024517223	PEREZ FLOREZ JOSE ALEJANDRO	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS008	$1,160,000	12.50%	$145,000	230301	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
5	CC 79999319	SILVA PEREZ JHON ALEXANDER	1	0			No	001	11																30	30	30	30	EPS008	$1,160,000	12.50%	$145,000	230201	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
																																$725,000				$928,000	$0

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL	CÓDIGO CCF	IBC CCF	TARIFA CCF	APORTE CCF	TARIFA SENA	APORTE SENA	TARIFA ICBF	APORTE ICBF
1	CC 1000126107	QUINTERO RAMIREZ JOSE STEVENS	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
2	CC 1013589644	ROJAS ROMERO DIEGO ALONSO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
3	CC 1014178330	SALAMANCA GONZALEZ WILSON IGNACIO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
4	CC 1024517223	PEREZ FLOREZ JOSE ALEJANDRO	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
5	CC 79999319	SILVA PEREZ JHON ALEXANDER	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800	CCF24	$1,160,000	2.00%	$23,200	1.00%	$11,600	1.50%	$17,400
			$0					$404,000				$116,000		$58,000		$87,000

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
NI	901561860	SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS	CL 68G SUR 49D 52	6019332997	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	C	PRINCIPAL	5455901	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
2	2023	2	2023	Y	15 03 2023	66348944	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 19107699	PEREZ RODRIGUEZ LUIS CARLOS	59	4			No	001	11																30	0	30	0	EPS005	$1,160,000	12.50%	$145,000		$0	0.00%	$0	$0
																															$145,000				$0	$0

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL	CÓDIGO CCF	IBC CCF	TARIFA CCF	APORTE CCF	TARIFA SENA	APORTE SENA	TARIFA ICBF	APORTE ICBF	TARIFA ESAP	APORTE ESAP	TARIFA MIINEDU	APORTE MINEDU
1	CC 19107699	PEREZ RODRIGUEZ LUIS CARLOS	$0	14-11	$1,160,000	6.96%	5	$80,800		$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0	0.00%	$0
			$0					$80,800				$0		$0		$0		$0		$0

PAGADO

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

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
2023-02	2023-03	1955962856	9447973692	E	2023/03/06	2023/03/07	BANCOLOMBIA	1	$7,625,400

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	80822373	ALEAN SERGIO	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
2	CC	1007275624	AREVALO TEDER	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
3	CC	80729820	ASCUNTAR FRANCISCO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
4	PT	5812768	BAUTISTA CARLOS	230301	15	$580,000	$92,800	EPSC34	15	$580,000	$23,200	CCF24	15	$580,000	$23,200	14-23	15	$580,000	$40,400	15	$0	$0
5	CC	80762173	BERNAL CARLOS	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
6	CC	79925284	CHAVEZ CESAR	230201	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
7	CC	1014269049	CRUZ JHOAN	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
8	CC	79111763	CRUZ LUIS		0	$0	$0	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
9	CC	1026308988	DEL VILLAR KEVIN	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPSC34	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
10	CC	79681780	DEL VILLAR MIGUEL	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$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	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
14	CC	1033722245	GARCIA CRISTIAN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPSC34	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
15	CC	80114333	GARCIA JIMMY	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
16	CC	3185737	GARCIA JORGE	230301	15	$580,000	$92,800	EPS017	15	$580,000	$23,200	CCF24	15	$580,000	$23,200	14-23	15	$580,000	$40,400	15	$0	$0
17	CC	1007404311	GARCIA ROMEL	230301	16	$618,667	$99,000	EPS002	16	$618,667	$24,800	CCF24	16	$618,667	$24,800	14-23	16	$618,667	$43,100	16	$0	$0
18	CC	79651166	GARCIA ROMEL	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
19	CC	19353005	GOMEZ ISIDRO		0	$0	$0	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
20	CC	1024467174	GUERRERO OSCAR	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF24	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
21	CC	1000031241	GUZMAN DAVID	230301	12	$464,000	$74,300	EPS002	12	$464,000	$18,600	CCF24	12	$464,000	$18,600	14-23	12	$464,000	$32,300	12	$0	$0
22	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
23	CC	15765992	MENDEZ HELY	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
24	CC	1031183450	NOVOA CRISTIAN	230301	16	$618,667	$99,000	EPS002	16	$618,667	$24,800	CCF24	16	$618,667	$24,800	14-23	16	$618,667	$43,100	16	$0	$0
25	CC	11441077	RAVELO FLORENTINO	230201	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
26	PT	5095349	TORRES JHON	230301	20	$773,334	$123,800	EPSC34	20	$773,334	$31,000	CCF24	20	$773,334	$31,000	14-23	20	$773,334	$53,900	20	$0	$0
Total	**Afiliados(26)**					**$23,470,668**	**$3,755,500**			**$25,790,668**	**$1,031,900**			**$25,790,668**	**$1,031,900**			**$25,790,668**	**$1,796,500**		**$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: 3)				24	$3,755,500	$4,600	$0	$3,760,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$371,200	$500	$0	$371,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	18	$2,641,900	$3,200	$0	$2,645,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$742,400	$900	$0	$743,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$1,796,500	$2,200	$0	$1,798,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	26	$1,796,500	$2,200	$0	$1,798,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				26	$1,031,900	$1,300	$0	$1,033,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	26	$1,031,900	$1,300	$0	$1,033,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				26	$1,031,900	$1,500	$0	$1,033,400
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	4	$147,000	$200	$0	$147,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$139,200	$200	$0	$139,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$208,800	$300	$0	$209,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$46,400	$100	$0	$46,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	10	$351,300	$500	$0	$351,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$139,200	$200	$0	$139,400
TOTAL				**26**	**$7,615,800**	**$9,600**	**$0**	**$7,625,400**

2023/03/06 07:25 PM

ANEXO SST-18. AFILIACIONES

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009793154	1|4|0|2|2|0|2|3

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
NOVOA Primer apellido	PEREZ Segundo apellido	CRISTIAN Primer nombre	CAMILO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1031183450	Femenino ☐ Masculino ☒	2|2|1|1|1|9|9|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CR 12 ESTE 30 C 92 **Dirección**	**Telefono fijo**	3125720653 **Telefono celular**	NOVOAKRISTHIAM@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS 20 DE JULIO - CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA TUNJA	VS20JULI - CLORTUNJA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES	NIT	901378317	01

39.Ubicación

CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51 Dirección	3114556386 Teleéfono	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4009793154

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|5|0|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Cristian Camilo Novoa	ELIANA SANCHEZ
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación

Fecha de Radicación 31 08 2021

162879638

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia; Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva; C. Institucional — D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo — B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante 1 — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X — B. Independiente — C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Garcia	Sanabria	Jimmy	Gerardo

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	80 114 333	Femenino — Masculino X	16 08 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M — Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Porvenir	$ 1.500.000

18. Residencia — Dirección	Teléfono Fijo
Cll 68 b Bis sur N° 18 v 61	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3125706458	Jimmyg312@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
Bogota	Urbana		Bogota

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino — Masculino	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	15373 - Mixto
B	
B	
B	

Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

BOGOTÁ | CAPITAL SALUD EPS - S

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **GARCIA SANABRIA CRISTIAN MAURICIO** con documento de identidad **CC 1033722245** se encuentra en estado activo en nuestra base de datos del **REGIMEN CONTRIBUTIVO** con el empleador **SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS** con NIT **901378317** en la cuidad de BOGOTÁ desde el día 24 de enero de 2023.

Se expide a los **31 días del mes de enero del 2023** a solicitud del interesado.

Información adicional en nuestra línea de Atención al Usuario 018000122219.

Cordialmente,

Andrea Perez V.

_____

NOMBRE: Andrea Perez Vigolla
CARGO: Coordinadora de Operaciones (E)
CAPITAL SALUD EPS-S

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009793022	1|4|0|2|2|0|2|3

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GARCIA (Primer apellido)	ALBARRACIN (Segundo apellido)	ROMEL (Primer nombre)	GERARDO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1007404311	Femenino ☐ Masculino ☒	2|4|0|6|2|0|0|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CL 66 A 18 21 SUR — Dirección	Telefono fijo	3238053049 — Telefono celular	ROMELGERARDOGARCIW@GMAIL.COM — Correo electronico
BOGOTA — Municipio/Distrito	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA — Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES	NIT	901378317	01

39.Ubicación

CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51 — Dirección	3114556386 — Teleéfono	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM — Correo electrónico	BOGOTA — Municipio/distrito	BOGOTA — Departamento

No de Radicacion
4009793022

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|5|0|2|2|0|2|3

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPSS08	1	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

romel gerardo garcia	ELIANA SANCHEZ
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
GARCIA	ALBARRACIN	ROMEL	GERARDO

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1007404311	RC TI X CE PA	2000 06 24	X F	2023 02 14

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X NO

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: ROMEL GERARDO GARCIA ALBARRACIN identificado con el documento de identidad número: 1007404311, X NO autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: romel gerardo garcia

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

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

compensar | salud eps

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 27/01/2023

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

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

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

6. Apellidos y nombres: Garcia | Ramel | Orlando
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 28/01/1972
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 79691166

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo / Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Positiva
16. Administradora de pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.160.000
18. Residencia: Cll 66A Nº 18-21 | 3122745835 | Romelgeraldogarcia@gmail.com | Bogota | Zona Urbana [X] Rural [ ] | Ciudad Bolivar | Cundinamarca

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre: Ramel | Segundo Nombre: Orlando Garcia
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: 79691166

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

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

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.	
B	11617
B	
B	

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

35. Nombre o razón social: Sigma Contrucciones y soluciones
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901378317-0
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: 3204054734 | Geremiasigmacys@gmail.com | Municipio / Distrito: Bogota | Departamento: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

79691166

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
42. Fecha: 27/01/2023
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto [X]

VIII. FIRMAS

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

79691166

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)
69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

Supersalud | SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009554379	1|6|0|1|2|0|2|3

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
AREVALO Primer apellido	YEPEZ Segundo apellido	TEDER Primer nombre	DAYAN Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1007275624	Femenino ☐ Masculino ☒	0|3|0|7|1|9|9|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1160000

18.Residencia

CR 26 130 51. **Dirección**	**Telefono fijo**	3177606926 **Telefono celular**	TEDERDAYAN@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES	NIT	901378317	01

39.Ubicación

CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51 Dirección	3015276149 Teleéfono	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4009554379

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|6|0|1|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

fedel dayan arevalo	ELENA SIERRA
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 14/02/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	204	15/02/2023	CC 1031183450	NOVOA PEREZ CRISTIAN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

6DAD165ABCA582F7FF5145FD3C036FEE Certificado impreso el día 2/14/2023 3:11:58 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CRISTIAN CAMILO
NOVOA PEREZ
1031183450

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 19/01/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	193	20/01/2023	CC 80114333	GARCIA SANABRIA JIMMY	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MDS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

66D3AA0DE997693E998D129E160C36C2 Certificado impreso el día 1/19/2023 2:08:40 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

JIMMY GERARDO
GARCIA SANABRIA
80114333

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/01/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	199	25/01/2023	CC 1033722245	GARCIA SANABRIA CRISTIAN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

FCCDE104B18F137406C7E8970D29B76E Certificado impreso el día 1/24/2023 11:28:49 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CRISTIAN MAURICIO
GARCIA SANABRIA
1033722245

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 22/01/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	197	23/01/2023	CC 79651166	GARCIA ROMEL	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

86F8992A0A6BC31FE00C5A2EA62C5B23 Certificado impreso el día 1/22/2023 8:38:53 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

ROMEL ORLANDO
GARCIA
79651166

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 14/02/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	203	15/02/2023	CC 1007404311	GARCIA ALBARRACIN ROMEL	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

6DAD165ABCA582F7FF5145FD3C036FEE Certificado impreso el día 2/14/2023 1:05:24 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

ROMEL GERARDO
GARCIA ALBARRACIN
1007404311

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 15/01/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901378317	**Cédula Usuario:**	CC 1024561771
Nombre:	SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS				
Dirección:	CL 57 Z 75 D 10 SUR CA 51				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	GERENCIA.SIGMACYS@GMAIL.COM				
Teléfono:	3209054734		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5433001 TERMINACION Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACION EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERAMICA, HORMIGON O PIEDRA TALLADA, PARQUE Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1024561771	ISIS DANIELA MARIN MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	181	16/01/2023	CC 1007275624	AREVALO YEPEZ TEDER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

1172C0D4770DB95BACFE945EFB81830C Certificado impreso el día 1/15/2023 10:49:51 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

TEDER DAYAN
AREVALO YEPEZ
1007275624

SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES SAS
901378317

Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009840100	2|2|0|2|2|0|2|3

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RAMIREZ Primer apellido	MARTINEZ Segundo apellido	LUIS Primer nombre	ALBERTO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1033735610	Femenino ☐ Masculino ☒	1|1|0|7|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
TV 18 690 A 39 SUR		3203923120	LUISALBERTORAMIREZ0416@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LUIS ALBERTO RAMIREZ MARTINEZ	CC	1033735610	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
TV 18 690 A 39 SUR	3203923120	LUISALBERTORAMIREZ0416@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4009840100

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		2|2|0|2|2|0|2|3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Luis Vamirez	Luis Vamirez

IX.ANEXOS

☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN CAMILO NOVOA PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.183.450**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN MAURICIO GARCIA SANABRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.722.245**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JIMMY GERARDO GARCIA SANABRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.114.333**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ROMEL ORLANDO GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.651.166**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado
Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit. 800.144.331-3

porvenir

Nº 23161229

23161229

RR 47D 19A | Ciudad: Bogota | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2 0 23 07 10

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias: X

Traslado de AFP (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: C.C X T.I C.E PAS R.C C.D
Nº de Documento de Identidad: 1007404311
Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 20180713
Lugar de Expedición: Bogota
Género: M X F
Es Pensionado (Jubilado): SI NO X

Primer Apellido: Garcia
Segundo Apellido: Albarracin
Primer Nombre: Romel
Otros Nombres: Gerardo

Fecha de Nacimiento: 20000624
Lugar de Nacimiento: Bogota
Nacionalidad: Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Cll 66g # 18 -21 Sur
Barrio: Centro
Ciudad/Municipio: Bogota
Departamento: Bogota
Nº. de Teléfono Fijo:
Nº. de Teléfono celular: 3238053049
Dirección de Correo Electrónico (e-mail): romelgerardogarcia@gmail.com

Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI X NO

Dirección Laboral: Cll 19 Sur # 69-55
Ciudad: Bogota
Departamento: Bogota
Nº. de Teléfono: 3209054734

4. Datos Empleador e Información del Vinculo Laboral

Tipo de Documento: NIT X C.C C.E PAS T.I
Nº de Documento de Identidad: 901378317
Nombre y/o Razón Social: Sigma Construcciones y Soluciones
Ciudad: Bogota
Dirección Empleador: Cll 19 Sur # 69-55
Departamento: Bogota
Teléfono(s): 3209054734
Ocupación o Cargo Actual: Ayudante de Obra
Salario o Ingreso Mensual: $ 1160000
y/o Salario Integral: $
Envío de Notificación: Sucursal Principal X Sucursal Ciudad
Tipo de Trabajador: Independiente Contratista | Dependiente X | Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	
	M F			A A A A M M D D	

*Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo [illegible] legales vigentes."

Porvenir
RECIBIDO PARA ESTUDIO
ASESORES COMERCIALES CORREDOR INTEGRALES LTDA.
CC. NIT. 900.282.036-3

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotice [illegible] semanas
Entidad en la cuál se realizó la cotización:
Bono Pensional SI NO X

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley.
- Anexo la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto, (Decreto 1813 de 2020).

9. Voluntad de Selección y Afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de Ahorro la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones.
Manifiesto que he elegido a Porvenir para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Romel Garcia

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor:
No. de identificación del promotor:
Firma del promotor:

Firma autorizada del Representante Legal

DIC-21 F-01-AF-CR-01 V4.0

- EMPLEADO/PENSIONES OBLIGATORIAS -

Nº 23161229

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

TEDER DAYAN AREVALO YEPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.275.624**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 22 de febrero de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LUIS ALBERTO RAMIREZ MARTINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033735610 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 23/02/2023 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SOLUCIONES INTEGRALES M2 SAS N901561860

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6,96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5433001 - TERMINACIÓN Y ACABADO DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA COLOCACIÓN EN EDIFICIOS Y OTROS PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE BALDOSAS Y LOSAS DE CERÁMICA, HORMIGÓN O PIEDRA TALLADA, PARQUÉ Y OTROS REVESTIMIENTOS DE MADERA PARA PISOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5433001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

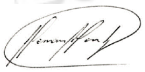
1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 22/02/2023 12.58 PM

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALBERTO RAMIREZ MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.735.610**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 09 de febrero de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1026297811	ESCOBAR HERNANDEZ ANDRES FELIPE	10/02/2023		243d9227	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/02/2023 23:58:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.154.119, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 25 de enero de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GUTIERREZ MUÑOZ CARLOS JULIO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 BOGOTA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1082899349	LOPEZ CABRERA SANTIAGO ENRIQUE	26/01/2023		23522718	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/01/2023 23:52:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.54.154.119, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 14 de Febrero de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 BOGOTA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96%		
C80807876	USGAME OÑATE YAIR ANDRES	27/01/2022		187WB175	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C808078762304561607

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/02/2023 17:06:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.76.107, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

compensar | eps salud

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** 1 0 0 2 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite
A. Afiliación
B. Reporte de Novedades ✔

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ✔ • Beneficiario o afiliado adicional
B. Colectiva
C. Institucional
D. De oficio

3. Régimen
A. Contributivo ✔
B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ✔ B. Cabeza de familia C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ✔ B. Independiente C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS) 1

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

6. Apellidos y nombres			
ESCOBAR	HERNANDEZ	ANDRES	FELIPE

7. Tipo de documento de identidad CC
8. Número de documento de identidad 1.026.297.811
9. Sexo Femenino Masculino ✔
10. Fecha de nacimiento 2 0 0 1 1 9 9 7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad Tipo Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL SURA
16. Administradora de pensiones PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC 1160.000
18. Residencia CR 3 B 6 A 30 SUR SAN CRISTOBAL CAMINO 3124418428

escobarhernandeza643@gmail.com BTA Zona Urbana ✔ Rural BTA

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

19. Apellidos y nombres

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

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

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

Cot. B 1016
B
B

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

35. Nombre o razón social CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
36. Tipo de documento de identificación CC
37. Número del documento de identificación 79.209.739
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CR 89 D BIS 43 - 60 2667429 seguridadsocialcjgm@gmail.co BTA BTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | **Número de documento de identidad** | **Sexo** Femenino Masculino | **Fecha de nacimiento** | **42. Fecha** 1 0 0 2 2 0 2 3

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Andres Escobar

Damaris Segovia

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por [illegible] Protección Social.
64. Certificación de vinculación [illegible] autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo [illegible] la calidad de beneficiario [illegible] afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio Código del departamento
67. Datos del SISBÉN Número de la ficha Puntaje Nivel
68. Fecha de radicación 10 FEB 2023 **Fecha de afiliación**

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

Cód. 431 Luz Mila Hernández
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: APORTE MARZO

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

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 4450870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000915383
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS Comunicaciones
VIGILADO SuperSubsidio

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	✓	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	✓	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	✓	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✓	

Firma del afiliado (cotizante): Andrey Eyidar

No. Identificación: 1.026.297.811

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) con C.C. No.

lo hace en su nombre, el (la) señor(a)

con C.C. No. mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma a Ruego:

Nombres y apellidos:

Identificación:

Edad:

Dirección de domicilio:

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar:

Identificación:

B
10 FEB 2023
Cód 431 Luz Mila Hernández
SUJETO A VERIFICACIÓN

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): Andrey Eyidar

No. Identificación: 1.026.297.811

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☑
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☑ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
LOPEZ	CABRERA	SANTIAGO	ENRIQUE
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1082899349	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☑	10. Fecha de nacimiento: 01 09 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
ARL Sura	Porvenir	$1.160.000

18. Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Dirección Electrónica
Cra 15 #31B 16 sur		3026091227	yobandrypl medicina@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana ☑ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento
Bogotá		Candelaria	Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

mutualser
Atención sin tanta vuelta

2023 ENE. 27

HORA:

RECIBIDO
SUJETO A VERIFICACIÓN

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Carlos Julio Gutierrez Mora	CC	79.209.739	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cra 80D Bis 43-60	3102053565	seguridadsocial cjgmaestrias@gmail.com	Bogotá	c/marca

- 2a. COPIA AFILIADO -

Página 1 de 2
03/2016

Vigilado Supersalud

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

8. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 26 01 2023
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

santiago Lopez	Carlos Franco Vasquez Kelly Katherine Franco
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YAIR ANDRES USGAME OÑATE identificado(a) con Cedula Ciudadania 80807876, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ NIT 79209739, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220128	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Febrero de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
CARLOS GUTIERRES QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
21155966

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SANTIAGO ENRIQUE LOPEZ CABRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.899.349**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YAIR ANDRES USGAME OÑATE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80807876,** se encuentra afiliado/a desde **21/09/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de febrero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ANEXO SST-19. PAZ Y SALVO PERSONAL RETIRADO

SIGMA
CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES

320 905 47 34 - 321 932 21 32 @sigma_cys

BOGOTA D.C.
10/02/2023

PAZ Y SALVO

El suscrito EDWIN JOSE HENAO GALVIS con cedula de ciudadania 1077871727 se permite certificar bajo la gravedad de juramento que la empresa SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del proyecto contrato N° CO1.PCCNTR.4077644,CON OBJETO DE ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO, ASI COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVES DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS., incluyendo salarios prestaciones sociales, aportes de salud, pensión y parafiscales.

Este documento es expedido a los 10 días del mes de febrero del año 2023, para efectos de la liquidacion del contrato.

EDWIN JOSE HENAO GALVIS
1077871727
AYUDANTE DE OBRA

SIGMA
CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES

SIGMA
CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES

320 905 47 34 - 321 932 21 32 @sigma_cys

BOGOTA D.C.
10/02/2023

PAZ Y SALVO

El suscrito JEAN CARLOS ANGEL MARTINEZ con cedula de ciudadania 1124043203 se permite certificar bajo la gravedad de juramento que la empresa SIGMA CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES se encuentra al día en todos los pagos a su favor relacionados con la ejecución del proyecto contrato N° CO1.PCCNTR.4077644,CON OBJETO DE ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN, MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO, ASI COMO LA EJECUCIÓN DE OBRAS MENORES, QUE PERMITAN A TRAVES DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DE NECESIDADES FISICAS PRIORITARIAS, GARANTIZAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA EN LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LAS SEDES ADMINISTRATIVAS., incluyendo salarios prestaciones sociales, aportes de salud, pensión y parafiscales.

Este documento es expedido a los 10 días del mes de febrero del año 2023, para efectos de la liquidacion del contrato.

Jean Carlos Angel

JEAN CARLOS ANGEL MARTINEZ
1124043203
AYUDANTE DE OBRA

SIGMA
CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES

ANEXO SST-20. ENTREGA DE EPP

D&J SERVICIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN	**GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** **FORMATO** **PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)**	CÓDIGO: FECHA: VERSIÓN: Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	**CLASE DE DOCUMENTO**	**No DE DOCUMENTO**	**CARGO**	**UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:**
JESSICA MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ	**C.C**	**1031152036**	**GERENTE**	**ADMINISTRATIVO**

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el IDARTES con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.
"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CASCO	1	15/02/2023	
2	BOTAS	1	15/02/2023	
3	GAFAS	1	15/02/2023	
4	OVEROL	N/A	N/A	
5	TAPAOIDOS	1	15/02/2023	
6	TAPABOCAS	1	15/02/2023	
7	GUANTES	1	15/02/2023	
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. CULTURA RECREACIÓN Y DEPORTE Instituto Distrital de las Artes	**GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** **FORMATO** **PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)**	CÓDIGO: GTH-F-51 FECHA: 21/04/2022 VERSIÓN: 02 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	**CLASE DE DOCUMENTO**	**No DE DOCUMENTO**	**CARGO**	**UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:**
JOSE DOMINGO PARRA RAMIREZ	**C.C**	**3125421**	**OFICIAL**	**OPERATIVO**

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el IDARTES con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.
"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CASCO	1	02/02/2023	
2	BOTAS	1	02/02/2023	
3	GAFAS	1	02/02/2023	
4	OVEROL	1	02/02/2023	
5	TAPAOIDOS	1	02/02/2023	
6	TAPABOCAS	1	02/02/2023	
7	GUANTES	1	02/02/2023	
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA

	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDAS (EPCC)	CÓDIGO: GTH-F-51 FECHA: 21/04/2022 VERSIÓN: 02 Página 1 de 1

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
MAURICIO CAMACHO REYES	C.C	79211765	AYUDANTE	OPERATIVO

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el IDARTES con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979. Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST

El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	CASCO	1	06/02/2023	
2	BOTAS	1	06/02/2023	
3	GAFAS	1	06/02/2023	
4	OVEROL	1	06/02/2023	
5	TAPAOIDOS	1	06/02/2023	
6	TAPABOCAS	1	06/02/2023	
7	GUANTES	1	06/02/2023	
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA

Powered by CamScanner

SOLUCIONES INTEGRALES M [2]

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Fecha:22/2/23
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:



LUIS ALBERTO RAMIREZ MARTINEZ
C.C 1033735610

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

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN DE TRABAJO	**Fecha:** FEBRERO 14/2023
	Versión: 01
	Pagina 1 de 1

dd	mm	aaaa
14	2	2023

DATOS DEL FUNCIONARIO

Nombre: YAIR ANDRES USGAME OÑATE C.C. 80,807,876

Cargo: Proceso: OPERATIVO

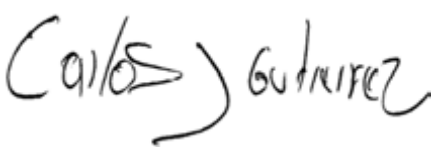
DOTACIÓN PERSONAL

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:** FEBRERO 08/2023
	Versión: 01
	Pagina 1 de 1

dd	mm	aaaa
8	2	2022

DATOS DEL FUNCIONARIO

Nombre: SANTIAGO ENRIQUE LOPEZ CABRERA C.C. 1,082,899,349

Cargo: Proceso: OPERATIVO

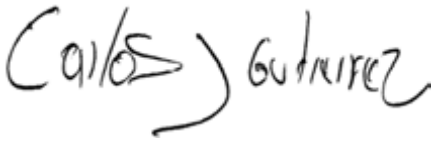
DOTACIÓN PERSONAL

Botas	1	Talla	40
Overol	N/A	Talla	N/A
Pantalón	2	Talla	34
Camisa	2	Talla	L
Buzo	NO	Talla	NO

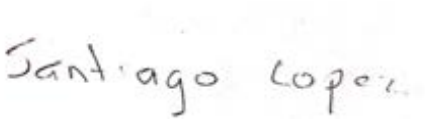
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

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: JAIR GREGORIO JIMENEZ JIMENEZ C.C. 85,372,162

Cargo: Proceso: OPERATIVO

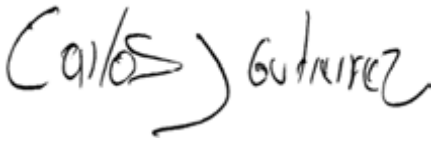
DOTACIÓN PERSONAL

Botas	1	Talla	40
Overol	N/A	Talla	N/A
Pantalón	2	Talla	34
Camisa	2	Talla	L
Buzo	NO	Talla	NO

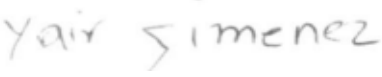
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

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

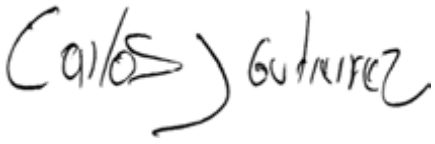
DOTACIÓN PERSONAL

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:** FEBRERO 14/2023
	Versión: 01
	Pagina 1 de 1

dd	mm	aaaa
14	2	2023

DATOS DEL FUNCIONARIO

Nombre: ANDRES FELIPE ESCOBAR HERNANDEZ C.C. 1,026,297,811

Cargo: Proceso: OPERATIVO

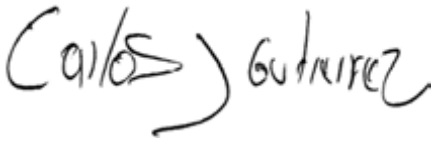
DOTACIÓN PERSONAL

Botas	1	Talla	40
Overol	N/A	Talla	N/A
Pantalón	2	Talla	34
Camisa	2	Talla	L
Buzo	NO	Talla	NO

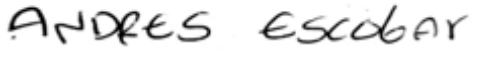
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

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

CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
NIT 79209739-0

ENTREGA DE DOTACIÓN DE TRABAJO
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Santiago Enrique Lopez Cabrera
CARGO: OFICIAL
FECHA: 16 01 2023

Para efectos de la presentación personal, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de la siguiente dotación de trabajo, aceptando que su uso es obligatorio:

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD
Camisa	XL	1
Pantalón	34	1
Botas punta de acero		
Casco		1
Gafas		1
Tapa oídos		1
Tapabocas		1
Guantes de nitrilo		1
Guantes de vaqueta		1

OBSERVACIONES

- **EL TRABAJADOR** declara haber recibido la presente dotación de trabajo en buen estado, siendo implementos de trabajo, se compromete a utilizarlos correctamente, manteniendo la dotación limpia y en buenas condiciones; tambien manifiesta que conoce su uso.
- Las partes determinan que **EL TRABAJADOR**, se obliga para con **EL EMPLEADOR** a usar adecuadamente la dotación de trabajo y asi mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos a reclamarla oportunamente, caso en contrario **EL TRABAJADOR** exonera de cualquier responsabilidad **AL EMPLEADOR**, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral correspondientes.
- Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal de la dotación, **EL TRABAJADOR** se compromete a informar **AL EMPLEADOR**, para obtener su reemplazo.
- La dotación que se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato **EL TRABAJADOR** se compromete a hacer devolución de la misma.

Para constancia de su celebración y aceptación se suscribe el presente documento y se firma por el interesado.

Santiago Lopez

TRABAJADOR
C.C N° 1082899349

CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
NIT 79209739-0

ENTREGA DE DOTACIÓN DE TRABAJO
NOMBRE DEL TRABAJADOR: ANDRES ESCOBAR
CARGO: AUXILIAR
FECHA: 16/02/2023

Para efectos de la presentación personal, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de la siguiente dotación de trabajo, aceptando que su uso es obligatorio:

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD
Camisa	M	1
Pantalón	34	1
Botas punta de acero		
Casco		1
Gafas		1
Tapa oídos		1
Tapabocas		1
Guantes de nitrilo		1
Guantes de vaqueta		

OBSERVACIONES

- **EL TRABAJADOR** declara haber recibido la presente dotación de trabajo en buen estado, siendo implementos de trabajo, se compromete a utilizarlos correctamente, manteniendo la dotación limpia y en buenas condiciones; tambien manifiesta que conoce su uso.
- Las partes determinan que **EL TRABAJADOR**, se obliga para con **EL EMPLEADOR** a usar adecuadamente la dotación de trabajo y asi mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos a reclamarla oportunamente. caso en contrario **EL TRABAJADOR** exonera de cualquier responsabilidad **AL EMPLEADOR**, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral correspondientes.
- Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal de la dotación, **EL TRABAJADOR** se compromete a informar **AL EMPLEADOR**, para obtener su reemplazo.
- La dotación que se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato **EL TRABAJADOR** se compromete a hacer devolución de la misma.

Para constancia de su celebración y aceptación se suscribe el presente documento y se firma por el interesado.

ANDRES FELIPE ESCOBAR

TRABAJADOR
C.C N° 1026297811

CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
NIT 79209739-0

ENTREGA DE DOTACIÓN DE TRABAJO	
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Yair Jimenez
CARGO:	Oficial
FECHA:	16-02-2023

Para efectos de la presentación personal, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de la siguiente dotación de trabajo, aceptando que su uso es obligatorio:

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD
Camisa	L	1
Pantalón		
Botas punta de acero		1
Casco		1
Gafas		1
Tapa oídos		1
Tapabocas		1
Guantes de nitrilo		1
Guantes de vaqueta		1

OBSERVACIONES

- **EL TRABAJADOR** declara haber recibido la presente dotación de trabajo en buen estado, siendo implementos de trabajo, se compromete a utilizarlos correctamente, manteniendo la dotación limpia y en buenas condiciones; tambien manifiesta que conoce su uso.
- Las partes determinan que **EL TRABAJADOR**, se obliga para con **EL EMPLEADOR** a usar adecuadamente la dotación de trabajo y asi mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos a reclamarla oportunamente, caso en contrario **EL TRABAJADOR** exonera de cualquier responsabilidad **AL EMPLEADOR**, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral correspondientes.
- Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal de la dotación, **EL TRABAJADOR** se compromete a informar **AL EMPLEADOR**, para obtener su reemplazo.
- La dotación que se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato **EL TRABAJADOR** se compromete a hacer devolución de la misma.

Para constancia de su celebración y aceptación se suscribe el presente documento y se firma por el interesado.

Yair Jimenez

TRABAJADOR
C.C N° 85 372162

CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
NIT 79209739-0

ENTREGA DE DOTACIÓN DE TRABAJO	
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Jhonny Ramos
CARGO:	
FECHA:	16 02 223

Para efectos de la presentación personal, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de la siguiente dotación de trabajo, aceptando que su uso es obligatorio:

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD
Camisa		
Pantalón	30	1
Botas punta de acero	39	1
Casco		1
Gafas		1
Tapa oídos		1
Tapabocas		1
Guantes de nitrilo		1
Guantes de vaqueta		1

OBSERVACIONES

- **EL TRABAJADOR** declara haber recibido la presente dotación de trabajo en buen estado, siendo implementos de trabajo, se compromete a utilizarlos correctamente, manteniendo la dotación limpia y en buenas condiciones; tambien manifiesta que conoce su uso.
- Las partes determinan que **EL TRABAJADOR**, se obliga para con **EL EMPLEADOR** a usar adecuadamente la dotación de trabajo y asi mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos a reclamarla oportunamente, caso en contrario **EL TRABAJADOR** exonera de cualquier responsabilidad **AL EMPLEADOR**, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral correspondientes.
- Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal de la dotación, **EL TRABAJADOR** se compromete a informar **AL EMPLEADOR**, para obtener su reemplazo.
- La dotación que se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato **EL TRABAJADOR** se compromete a hacer devolución de la misma.

Para constancia de su celebración y aceptación se suscribe el presente documento y se firma por el interesado.

TRABAJADOR
C.C N° 3408412

CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
NIT 79209739-0

ENTREGA DE DOTACIÓN DE TRABAJO	
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Justo Ojola
CARGO:	OFICIAL
FECHA:	16 02, 2023

Para efectos de la presentación personal, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de la siguiente dotación de trabajo, aceptando que su uso es obligatorio:

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD
Camisa	L	1
Pantalón		
Botas punta de acero		
Casco		1
Gafas		1
Tapa oídos		1
Tapabocas		1
Guantes de nitrilo		1
Guantes de vaqueta		1

OBSERVACIONES

- **EL TRABAJADOR** declara haber recibido la presente dotación de trabajo en buen estado, siendo implementos de trabajo, se compromete a utilizarlos correctamente, manteniendo la dotación limpia y en buenas condiciones; tambien manifiesta que conoce su uso.
- Las partes determinan que **EL TRABAJADOR**, se obliga para con **EL EMPLEADOR** a usar adecuadamente la dotación de trabajo y asi mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos a reclamarla oportunamente, caso en contrario **EL TRABAJADOR** exonera de cualquier responsabilidad **AL EMPLEADOR**, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral correspondientes.
- Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal de la dotación, **EL TRABAJADOR** se compromete a informar **AL EMPLEADOR**, para obtener su reemplazo.
- La dotación que se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato **EL TRABAJADOR** se compromete a hacer devolución de la misma.

Para constancia de su celebración y aceptación se suscribe el presente documento y se firma por el interesado.

Justo Ojola

TRABAJADOR
C.C N° 14228112

CARLOS JULIO GUTIERREZ MUÑOZ
NIT 79209739-0

ENTREGA DE DOTACIÓN DE TRABAJO	
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	Adenir ANGULO C
CARGO:	AYUDANTE
FECHA:	16.02.2023

Para efectos de la presentación personal, **EL TRABAJADOR** deja expresa constancia que **EL EMPLEADOR**, le hace entrega de la siguiente dotación de trabajo, aceptando que su uso es obligatorio:

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD
Camisa		
Pantalón	42	1
Botas punta de acero		1
Casco		1
Gafas		1
Tapa oídos		1
Tapabocas		1
Guantes de nitrilo		1
Guantes de vaqueta		1

OBSERVACIONES

- **EL TRABAJADOR** declara haber recibido la presente dotación de trabajo en buen estado, siendo implementos de trabajo, se compromete a utilizarlos correctamente, manteniendo la dotación limpia y en buenas condiciones; tambien manifiesta que conoce su uso.
- Las partes determinan que **EL TRABAJADOR**, se obliga para con **EL EMPLEADOR** a usar adecuadamente la dotación de trabajo y asi mismo de acuerdo con las circulares y/o avisos a reclamarla oportunamente, caso en contrario **EL TRABAJADOR** exonera de cualquier responsabilidad **AL EMPLEADOR**, pudiendo este aplicar las respectivas medidas de carácter laboral correspondientes.
- Las partes estipulan que en caso de extravió y/o deterioro por uso normal de la dotación, **EL TRABAJADOR** se compromete a informar **AL EMPLEADOR**, para obtener su reemplazo.
- La dotación que se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato **EL TRABAJADOR** se compromete a hacer devolución de la misma.

Para constancia de su celebración y aceptación se suscribe el presente documento y se firma por el interesado.

TRABAJADOR
C.C N° 79 682 771

ACTA ENTREGA DE DOTACON

MES: Febrero

NUMERO DE ID	NOMBRES Y APELLIDOS	CAMISA	PANTALON JEAN	GAFAS	TAPAOIDOS	TAPABOCAS	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS CAUCHO	GUANTES	FIRMA
1002926107	Steven Quintero			X						Steven
1033751711	Carlos Villa					X				Carlos Villa
1013589644	Diego Romero					X				Diego Romero
1297153	Jesus Lopez							X	X	Jesus Lopez
1033751711	Carlos Villa								X	Carlos Villa
	Jeffry Perez			X						Jeffry
1119993119	Juan Silva					X				Juan
1073723353	William Acevedo					X				William
1007797136	Sergio Navarrete								X	Sergio Navarrete
1033751711	Carlos Villa				X					Carlos Villa
1013589644	Diego Romero					X				Diego Romero
1297153	Jesus Lopez			X						Jesus Lopez
1002926107	Steven Quintero								X	Steven

Powered by CamScanner

ANEXO SST-22. REGISTRO DE CHARLAS Y CAPACITACIÓN

PAGINA: 1 de 1	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS
VERSIÓN: 4		
CODIGO: PAP-F004		
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Uso y cuidado, mantenimiento de los EPP.

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: C. Vitelmi sede B. FECHA 04 03 2023 DURACIÓN 3 min

RELACION DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Jose Peria.	3125427	Tec. Perforación
2	Hector Duscara	20187787	
3	Jacier ortiz.	27277161	Tec. Cal. 2
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			

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

INSTRUCTOR

Firma de instructor

Powered by CamScanner

VERSIÓN: 4
FECHA: 04/11/2024
DOCUMENTO CONTROLADO

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA:

MARCAR CON "X"

TIPO		TEMAS		DIRIGIDO	
	Inducción - Reinducción		Seguridad Industrial		Gerencia- Directivos- Administrativos
	Capacitación Específica		Salud Ocupacional		Trabajadores Operativos
	Simulacro		Medio Ambiente		Cooptel / Brigadistas
			Tecnicas Calidad		Contratistas
	Charla		Otros		Otros

LUGAR: CED VITELMA

FECHA: 28 / 02 / 2023

DURACIÓN: 15 MIN.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	HECTOR DUCUARA	80.437.757	OFICIAL
2	JOSE PARRA	7125421	OFICIAL
3	JAVIER ORTIZ.	79279184	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			

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE LA PARTICIPACION DEL PERSONAL

INSTRUCTOR

Firma de Instructor

Powered by CamScanner

FORMATO Y REGISTRO No. 8	ASISTENCIA A CAPACITACION	PROFESIONALES ASOCIADOS LTDA
DOCUMENTO CONTROLADO		

TEMA: Cohesión y convivencia laboral.

MARCAR CON "X"

DIRIGIDO A: Inducción - Reinducción		TEMAS: Seguridad Industrial	X	DIRIGIDO: Gerencia, Direcciones Administrativas	
X Capacitación Específica		Salud Ocupacional	X	Trabajadores Operativos	
Simulacro		Medio Ambiente		Copaso / Brigadistas	
		Técnicas Calidad		X Contratistas	
Otros		Otros		Otros	

LUGAR: Asistencia Chiriqui. FECHA: 30 / 01 / 23 DURACION: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Luis M. Cruz	4-791-1763	Oficial
2	Edwin Henry Gale	4-778-1737	Oficial
3			
4	Juan Guerrero	1024467174	Oficial
5	Elvis Enrique Rovelo	1144077	Oficial
6	Juan de Dios Pitaluga	2-193-059	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 del Instructor	

Powered by CamScanner

PROFESIONALES ASOCIADOS	EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO

Fecha: 30/01/23 **Nombre del Participante:** Florentina Novelo

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 Fco. 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

PAGINA: 1 de 1 VERSION: 4 CODIGO: RHF-004 DOCUMENTO CONTROLADO	**ASISTENCIA A CAPACITACION**	PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: operación segura de maquinas y equipos.

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: José D. Ospina FECHA: 10/03/2023 DURACIÓN: 1h

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Carlos A. Ruiz	8190721	Soldador
2	Johan Ruiz	1000952153	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
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN

FECHA: 10/03/2023 NOMBRES: Carlos A. Ramos * Johon Ruiz
TEMA: Operación segura de maquinas y equipos.
Expositor: Fabian Tacca Pinzón.

1) (Circle) La primera medida que debemos considerar como protección para el contacto de peligros mecánicos?
a. uso de calzado en las áreas de trabajo.
X b. resguardos de seguridad.
c. música ambiental.
d. ninguna de las anteriores.

2) Cuales son las fuentes principales de accidentes por manejo de herramientas?
X a. Herramientas defectuosas, uso de herramientas inadecuado para la tarea, uso incorrecto de la herramienta, mantenimiento deficiente.
b. Utilización adecuada de herramientas, caída de equipos y herramienta nueva.
c. uso de elementos de protección, desgaste de herramientas, uso de herramientas adecuadas para la tarea.

3) Riesgos generados por manejo de herramientas eléctricas?
a. Trabajar en zonas seguras y adecuadas de trabajo, conexiones seguras.
b. Horas extras de trabajo, jornadas nocturnas, rotación de personal.
X c. Trabajar en lugares humedos, conductores de aislamiento agrietado, tirar del cable para desconectar el cable, conexiones sueltas o humedas, enrollarse el cable en el cuerpo.

4) Verdadero o falso.
Los sistemas de protección son elementos que cubren a la maquinaria y equipo para evitar el acceso al punto de operación y evitar un riesgo?
X a. Verdadero b. falso

5) Los dispositivos de seguridad son aquellos elementos que no ayudan a comunicarnos inmediatamente con el jefe de área para reportar una falla en el equipo o herramienta?
X a. verdadero b. falso.

5/5

Powered by CamScanner

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

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS

TEMA: Trabajo en Altura.

MARCAR CON "X"

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

LUGAR: Tibo D. Cabo. FECHA 17/02/2023 DURACIÓN: 1h.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Juan Ramirez	1015579272	oficial
2	Johan Ruiz	1000732157	Ayudante.
3	Johan Ruiz	1000732157	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
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

EVALUACIÓN TRABAJO EN ALTURAS

*NOMBRES: Ivan Ramirez, Johan Ruiz,

*FECHA: 17/02/2023

1) A partir de que altura se considera trabajo en alturas?
2 MTS

2) Cada cuanto se realiza el curso de alturas?
18 meses, cambio de empresa, cuando cambien procedimientos

3) Quienes deben firmar un permiso de trabajo?
coordinador, trabajador autorizado, ayudante, jefes.

4) Que elementos hacen parte de un sistema de proteccion contra caidas?
medidas activas y pasivas.

5). Que es un ATS.
analisis de trabajo en alturas

100%.

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

ASISTENCIA A CAPACITACION

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Sanciones (faltas leves o graves).

MARCAR CON "X"

TIPO		Inducción - Reinducción	TEMAS		Seguridad Industrial	DIRIGIDO		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** 13 / 02 / 2023 **DURACIÓN:** 5mts.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Yefrey Perez	1037602681	
2	WILSON BALAMALCA	1014175330	OFICIAL
3	Diego Ross	1013586644	Oficial
4	Sergio Navarrete	1000778186	Ayudante
5	Carlos Villa	1033731491	AYUDANTE
6	Steven Quintero	1000126107	Ayudante
7	JHON. SILVA PORRES	74999938	AYUDANTE
8	Jesus. S. Lopez	1297115	OFICIAL
9	Wilmer Acevedo	1.073.723.863	Ayudante
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 Padilla.	
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: Aseo de baños (orden y aseo general de obra).

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** 14 02 2023 | **DURACIÓN:** 5mts

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Carlos Vila.	1033751411	Aprendiante.
2	Yefrey Perez	1057602681	
3	Stevens Quintero	1000185107	Stevens
4	Carlos chaparro	1032 367 568	
5	Sergio Navarrete	1000 798 186	
6			
7	Jesus Lopez	12973153	
8	Diego Rojas	1013589644	
9	JHON SILVA P.	74999 3101	
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 Patiña.	
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	
VERSIÓN: 4	**ASISTENCIA A CAPACITACION**
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda

TEMA: DICHOSOS EN LA VIDA FELICES EN EL 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
X	Charla		Otros:		Otros:

LUGAR: ENTRE NUBES. **FECHA** 15 / 02 / 2023 **DURACIÓN:** 5mts

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Carlos Ville	1.033.751.411	Ayudante
2	Wilmer Acevedo	1.073.727.865	Ayudante
3	Steeven Quintero	1000126107	Ayudante
4	Carlos Chaparro	1037 362 568	Organizador
5	Yefrey Perez	1057622681	Ayudante
6	Jhon Silva P.	79849319	Ayudante
7	Sergio Navarrete	1000738186	Ayudante
8	Diego Reyes	1013584644	Ofegrich
9	Jesus Lopez	12973153	
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	**ASISTENCIA A CAPACITACION**
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Socialización Punto ecologico, charla informativa, Punto de hidratación -

MARCAR CON "X"

TIPO		Inducción - Reinducción	**TEMAS**		Seguridad Industrial	**DIRIGIDO**	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** 16 / 02 / 2023 **DURACIÓN:** 5mts.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Steven Quintero	1000 126 107	Ayudante
2	Wilmer Acevedo	1.083-723.863	Ayudante
3	Sergio Navarrete	1000778186	Ayudante
4	Jesus. Lopez	1297315?	Ayudante
5	Yefrey Perez	1057602681	Ayudante
6	Carlos Nieto	1033751411	Ayudante
7	Diego Reyes	1013584646	oficial
8	Carlos Jaramillo	1037362568	Jardinero
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: ARL (Capacitación trabajo en alturas), Poteccion de individuos

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 17 02 2023 DURACIÓN: 40 mts

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Yefrey Perez	1057602681	Ayudante
2	Wilmer Acevedo	1.073.723.863	Ayudante
3	Sergio Navarrete	1000738186	Ayudante
4			
5	Jesus Lopez	1297153	Oficial
6	Diego Pavas	1013586466	Oficial
7	Carlos Villa	1.033.7511	Ayudante
8	JHON SILVA P.	1049999319	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.	
Firma de Instructor	

Powered by CamScanner

PÁGINA: 1 de 1	
VERSIÓN: 4	**ASISTENCIA A CAPACITACION**
CÓDIGO: RH-F-004	
DOCUMENTO CONTROLADO	

PROFESIONALES ASOCIADOS Ltda.

TEMA: Trabajo Seguro en alturas.

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: Entre Nubes **FECHA** 17 / 02 / 2023 **DURACIÓN:** 40 mts

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

N°	NOMBRE (S)	CEDULA	CARGO
1	Wilmer Acevedo	1.073.723.863	Ayudante
2	Diego Rojas	1.013584644	Oficial
3			
4	Jesus Lopez	12977153	Oficial
5	JHON SILVA P.	79999319	AYUDANTE
6	Yefrey Mesa	1076027681	Ayudante
7	Sergio Ndoraste	1000778186	AUXCONE
8	Sandy Julio Luz	1024527132	SST
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