Bermúdez SAS
Nit 816.000.531-1

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

# INFORME Nº 1

## SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO- SG-SST

Bermúdez SAS
Nit 816.000.531-1

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

**Contrato Civil de obra**

**Del 1 de octubre al 31 de octubre 2022**

**OCTUBRE 2022**

**Puerto Carreño Vichada**

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

## INTRODUCCIÓN

La Gestión de la Seguridad y la salud en el trabajo, actualmente representa una de las herramientas más valiosa e inteligente para el mejoramiento continuo de la organización, esto le permite una mayor competitividad y cobertura en el mercado y hace posible que, la empresa promueva y estimule en todo momento una cultura de seguridad y salud en el trabajo, la cual está acorde con los planes de mejoramiento de los procesos y puestos de trabajo, productividad, desarrollo del talento humano y la reducción de los costos en la operación.

Es por ello, que nuestra organización "***BERMUDEZ SAS".*** Tiene como propósito la implementación y desarrollo del SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO SG-SST. Esto con el fin de mejorar la calidad de vida laboral de cada uno de nuestro colaboradores, logrando de esta manera la prevención y la mitigación de accidentes de trabajo y enfermedades de origen laboral, mejorar la calidad de productos y servicios en relación a su actividad económica y ante todo generar un ambiente sano para todos.

Por lo anterior, la empresa ***BERMUDEZ SAS*** está comprometido con la implementación y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo asegurando el cumplimiento de las normas mínimas establecidas por el Sistema General de Riesgos Laborales y garantizando un ambiente de trabajo seguro y saludable, para los trabajadores en el desempeño de sus labores.

Dado lo anterior, se relaciona las actividades ejecutadas en Seguridad y Salud en el Trabajo desde el inicio de la ejecución de obra hasta la fecha del contrato cuyo objeto es:

Realizar la construcción de la sede Judicial del municipio de Puerto Carreño (Vichada)"

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

## DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

### GENERALIDADES DEL CONTRATO

Contrato suscrito entre la: Consejo Superior de la Judicatura y Bermúdez SAS

**CONTRATO No.** Contrato 84 DE 2022

**OBJETO: REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

**CONTRATISTA:** ***BERNUDEZ SAS***

**FECHA DE INICIACION:** 19 de julio del 2022.

**FECHA DE TERMINACION:** 31 de diciembre del 2022.

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

## RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DEL SG-SST

Las personas que hacen parte del proyectos y que son responsables de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST

**Tabla 1. Responsables.**

| ENTIDAD | NOMBRE | CARGO |
|---|---|---|
| ***BERMUDEZ SAS*** | CARLOS BERMUDEZ | REPRESENTANTE LEGAL |
| | CARLOS ALBERTO ESPAÑA | RESIDENTE DE OBRA |
| | DIANA MARIA RAMIREZ R | Esp. SST |

**Fuente:** *Bermúdez SAS.*

## LOCALIZACIÓN

El Contrato **Nº 84 DE 2022**, Construcción de la sede Judicial se encuentra ubicado en el Municipio De Puerto Carreño, Departamento Del Vichada.

Ilustración 1. Localización del proyecto.




**Fuente: Bermúdez SAS.**

# 1. GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La implementación del plan de seguridad y salud en el trabajo es responsabilidad de cada uno de los colaboradores de la empresa, con el fin de prevenir accidentes y enfermedades laborales. Nuestro plan de seguridad salud y en el trabajo consiste en el diagnostico, planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades que ejecuta en cada una de sus áreas de trabajo o ejecución de contratos en curso.

## 1.1. Gestión De Talento Humano

La Empresa ***BERMUDEZ SAS***. cuenta en su nomina con la cantidad de seis (4) profesionales permanentes, y se incorporaron al proyecto trece (15 ) colaboradores quienes se desempeñan como; Oficial de obra y ayudantes de obra.

Por lo cual, para la presentación de este informe que, corresponde al periodo entre el 01 de octubre al 31 de octubre del año en curso, se adjuntara afiliaciones y/o soportes de pagos de cada uno de los colaboradores.

## 1.2. Condiciones de Salud Medicina Preventiva y del trabajo

### a) Afiliaciones y Pagos al Sistema de Seguridad Social.

Para dar inicio a la ejecución de obra, el proyecto cuenta con diecinueve (19) colaboradores quienes cuentan con su respectiva afiliación a la ARL, AFP y EPS, la cual se encuentra vigentes al sistema se seguridad Social.

Como registro y evidencia se adjunta soporte de pago de afiliación al sistema general de seguridad social y pagos.

**Tabla 2. Relación de personal – octubre 2022**

| CONTRATISTA / SUBCONTRATISTA | No. INGRESOS | No. INGRESOS RETIROS | No. RETIROS ANTIGUOS | No. TOTAL DE TRABAJADORES |
|---|---|---|---|---|
| ***BERMUDEZ SAS*** | 19 | 0 | 0 | 19 |

**Fuente: *Bermúdez SAS.***

**b) Examen Medico Ocupacional o Aptitud Medico**

Todo el personal del ***BERMUDEZ SAS*** cuenta con sus respectivos exámenes de aptitud medica ocupacional.

**c) Entrega de Dotación Y Elementos de Protección Personal.**

Todo el personal del ***BERMUDEZ SAS*** cuenta con su respectiva dotación (ropa de trabajo) y los elementos de protección personal - EPP: cascos, botas de seguridad, guantes, tapa oídos, gafas de seguridad y mascarillas de protección para la protección de material particulado, inherentes a la actividad que ejecutan.

**d) Programa de Inducción y Capacitación Del Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo-SG-SST**

En el proceso de vinculación del personal al proyecto cuyo Objeto es la Construcción De La Sede Judicial Del Municipio De Puerto Carreño departamento del Vichada, se realizaron inducciones al personal, logrando una cobertura del 100%. La inducción fue realizada con una duración aproximada de 1 Hra.

- Sistema De seguridad Social.
- Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- Divulgación de factores de Riesgos al Interior de la empresa o proyecto en ejecución.
- Accidentes, incidentes y Enfermedad Laboral.

### e) Inspecciones De Seguridad Planeadas.

Dentro del cronograma de actividades y/o plan de trabajo se establecieron inspecciones generales, Las inspecciones que se realizaron se detallan a continuación:

- Inspecciones de herramientas menores.
- Inspección de vibro compactador.
- Inspección mezcladora.
- Inspección de pulidora
- Inspección de Tronzadora.

### f) Reporte E Investigación De Accidentes E Incidentes Laborales

Desde el inicio, hasta la fecha no se ha presentado incidentes y accidentes de trabajo.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Durante el periodo comprendido entre el mes del 01 de octubre al 31 de octubre del año 2022, se ejecutaron actividades propias del Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo – SG-SST

- Durante el periodo evaluado no se presentaron incidentes y accidentes de trabajo.

- Se realizó inducción a todo el personal que ingreso a laborar con la Empresa **BERMUDEZ SAS.**

- El personal de obra cuenta con sus respectiva dotación y elementos de protección personal- EPP.

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

- Se realiza charlas de seguridad de cinco (5) minutos y/o pre-operacionales, relacionadas al Reglamento de Higiene y seguridad Industrial, prevención de accidentes y enfermedad laboral, factores de riesgos y promoción de la salud.



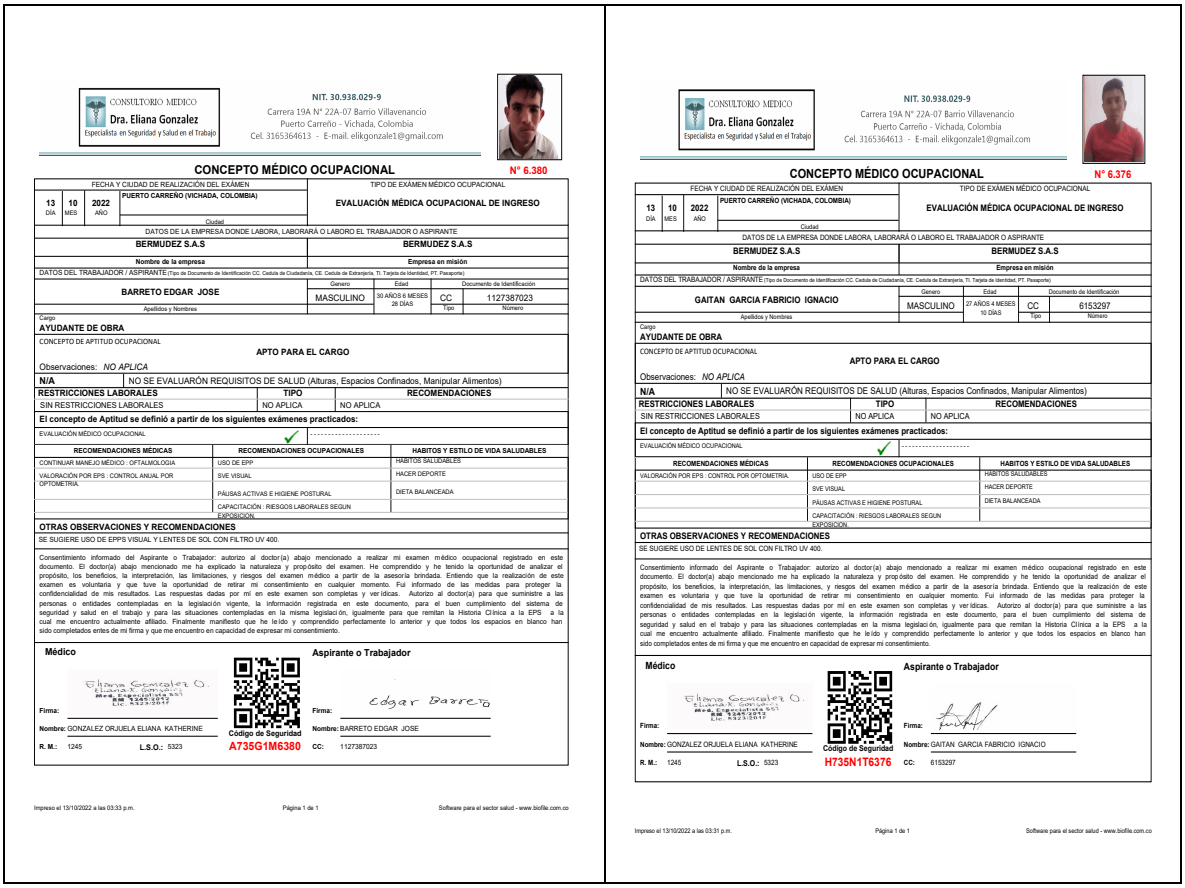
DIANA MARIA RAMIREZ RODRIGUEZ
C.C. No. 65,782,662 DE IBAGUE – TOLIMA

**Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo.**
**Resolución No 021 - 2020**

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

## ANEXOS.

## EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL



CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL** N° 6.380

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| BARRETO EDGAR JOSE | MASCULINO | 30 AÑOS 6 MESES 28 DÍAS | CC (Tipo) | 1127387023 (Número) |

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA EL CARGO**

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 |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : OFTALMOLOGIA | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS : CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA | SVE VISUAL | HACER DEPORTE |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE SUGIERE USO DE EPPS VISUAL Y LENTES DE SOL CON FILTRO UV 400.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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: Eliana Gonzalez O. Médica Especialista en SST RM 1245/2017 C.C. 40213917

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad A735G1M6380

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Edgar Barreto

Nombre: BARRETO EDGAR JOSE CC: 1127387023

Impreso el 13/10/2022 a las 03:33 p.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biofile.com.co



CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL** N° 6.376

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| GAITAN GARCIA FABRICIO IGNACIO | MASCULINO | 27 AÑOS 4 MESES 10 DÍAS | CC (Tipo) | 6153297 (Número) |

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA EL CARGO**

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 |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : CONTROL POR OPTOMETRIA | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | SVE VISUAL | HACER DEPORTE |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE SUGIERE USO DE LENTES DE SOL CON FILTRO UV 400.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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: Eliana Gonzalez O. Médica Especialista en SST RM 1245/2017 C.C. 40213917

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad H735N1T6376

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GAITAN GARCIA FABRICIO IGNACIO CC: 6153297

Impreso el 13/10/2022 a las 03:31 p.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biofile.com.co

# OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"

CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com



N° 6.322

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 03 (DÍA) | 10 (MES) | 2022 (AÑO) | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación: Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|
| HURTADO VELIZ FREDDY JUVENTINO | MASCULINO | 27 AÑOS 5 MESES 28 DÍAS | CC | 1149442 |

Cargo: AYUDNATE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO PARA EL CARGO

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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION | 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 prop·sito 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 mi en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci·n, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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: Eliana Gonzalez O. Medica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo RM 5323/2017

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: L735R1X6322

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: HURTADO VELIZ FREDDY JUVENTINO

CC: 1149442

---

CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com



N° 6,321

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 03 (DÍA) | 10 (MES) | 2022 (AÑO) | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación: Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|
| LOPEZ ALVARADO FREDY ANTONIO | MASCULINO | 49 AÑOS 9 MESES 2 DÍAS | CC | 17588633 |

Cargo: MAESTRO OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO PARA EL CARGO

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 |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | HACER DEPORTE |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION | |

**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 prop·sito 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 mi en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci·n, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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: Eliana Gonzalez O. Medica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo RM 5323/2017

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: H735N1T6321

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: LOPEZ ALVARADO FREDY ANTONIO

CC: 17588633

---

CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com



N° 6,377

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 (DÍA) | 10 (MES) | 2022 (AÑO) | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación: Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|
| MARTINEZ MARTINEZ JOSE SIMON | MASCULINO | | CC | 1127391014 |

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO PARA EL CARGO

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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | SVE VISUAL | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE SUGIERE USO DE LENTES DE SOL CON FILTRO UV 400.

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 prop·sito 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 mi en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci·n, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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: Eliana Gonzalez O. Medica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo RM 5323/2017

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: P735V1B6377

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MARTINEZ MARTINEZ JOSE SIMON

CC: 1127391014

---

CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com



N° 6.378

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 (DÍA) | 10 (MES) | 2022 (AÑO) | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación: Tipo | Número |
|---|---|---|---|---|
| VASQUEZ RODRIGUEZ JUAN CARLOS | MASCULINO | 53 AÑOS 8 MESES 24 DÍAS | CC | 4524466 |

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO PARA EL CARGO

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 |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : CITA MEDICA EN EPS, SIN PATOLOGIA QUE AFECTE LA LABOR ASIGNADA | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION | 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 prop·sito 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 mi en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci·n, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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: Eliana Gonzalez O. Medica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo RM 5323/2017

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: X735D1J6378

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: VASQUEZ RODRIGUEZ JUAN CARLOS

CC: 4524466

# OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"

CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6,543

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 DÍA | 11 MES | 2022 AÑO | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| PRADA ALVAREZ JUAN PABLO | MASCULINO | 54 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS | CC (Tipo) | 18262029 (Número) |

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO PARA EL CARGO

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 |
|---|---|---|
| VALORACION POR EPS : CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES : CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS; EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES; REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO TRES VECES POR SEMANA. CONTROL DE PESO |
| | SVE VISUAL | |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION. | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE SUGIERE USO DE LENTES DE SOL CON FILTRO UV 400.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma 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: Elena Gonzalez O. Medicina Laboral y Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: O735U1A6543

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: PRADA ALVAREZ JUAN PABLO

CC: 18262029

Impreso el 01/11/2022 a las 02:19 p.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biofile.com.co



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6,323

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 03 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| GARCIA MIGUEL DAVID | MASCULINO | 49 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS | CC (Tipo) | 18264014 (Número) |

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO PARA EL CARGO

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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES : CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS; EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES; REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO TRES VECES POR SEMANA. CONTROL DE PESO |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION. | 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma 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: Elena Gonzalez O. Medicina Laboral y Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: T735Z1F6323

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GARCIA MIGUEL DAVID

CC: 18264014

Impreso el 03/10/2022 a las 03:00 p.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biofile.com.co



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6,379

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| HERNANDEZ RODRIGUEZ SANTIAGO | MASCULINO | 29 AÑOS 4 MESES 28 DÍAS | CC (Tipo) | 1127391723 (Número) |

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO PARA EL CARGO

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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION. | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma 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: Elena Gonzalez O. Medicina Laboral y Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: I735O1U6379

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: HERNANDEZ RODRIGUEZ SANTIAGO

CC: 1127391723

Impreso el 13/10/2022 a las 03:33 p.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biofile.com.co



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6,540

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 DÍA | 11 MES | 2022 AÑO | PUERTO CARREÑO (VICHADA, 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 |
|---|---|
| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |

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

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| GAITAN AMAYO VIRGILIO | MASCULINO | 48 AÑOS 8 MESES 21 DÍAS | CC (Tipo) | 18264013 (Número) |

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO CON 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 |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS : CITA POR CIRUGIA GENERAL (CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA | SVE VISUAL | CONTROL DE PESO |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION. | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE SUGIERE USO DE LENTES DE SOL CON FILTRO UV 400.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma 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: Elena Gonzalez O. Medicina Laboral y Seguridad y Salud en el Trabajo

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: Y735E1K6540

**Aspirante o Trabajador**

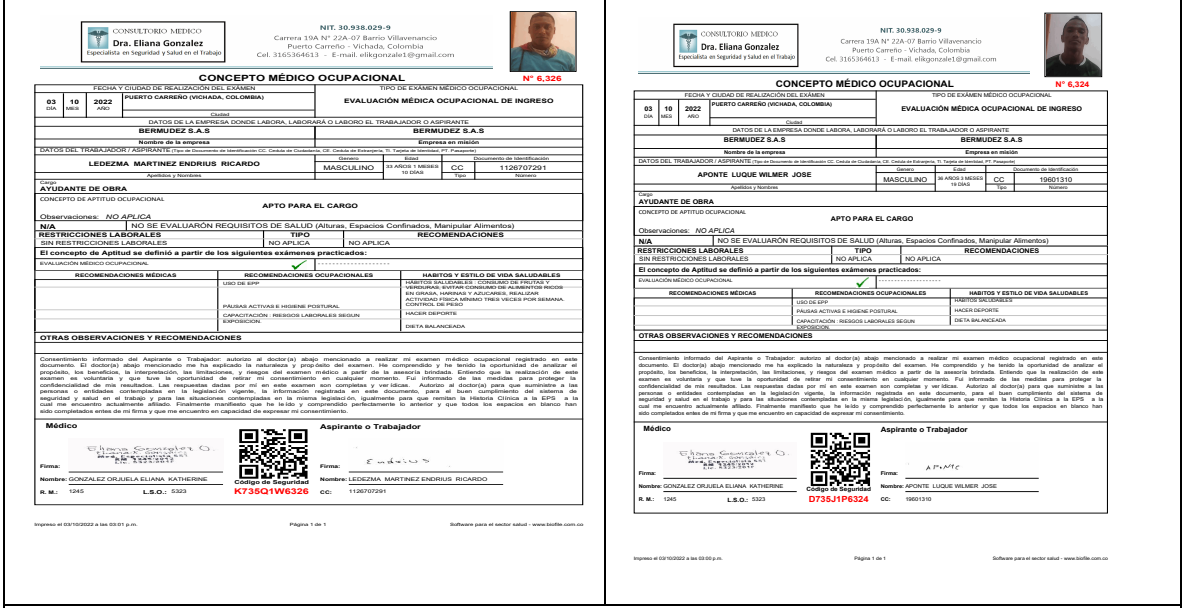
Firma:

Nombre: GAITAN AMAYO VIRGILIO

CC: 18264013

Impreso el 01/11/2022 a las 02:19 p.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biofile.com.co

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**



CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com

N° 6,326

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 03 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| LEDEZMA MARTINEZ ENDRIUS RICARDO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | MASCULINO | 31 AÑOS 1 MESES 10 DÍAS | CC Tipo | 1126707291 Número |

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO PARA EL CARGO**

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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES : CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA, CONTROL DE PESO |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION. | 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 protegar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver idicas. 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: Elkana Gonzalez O. Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo R.M. 1245 S.S.S. 5323

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: K735Q1W6326

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Endrius

Nombre: LEDEZMA MARTINEZ ENDRIUS RICARDO

CC: 1126707291

Impreso el 03/10/2022 a las 03:01 p.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biolife.com.co

CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com

N° 6,324

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 03 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| APONTE LUQUE WILMER JOSE | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | MASCULINO | 36 AÑOS 3 MESES 10 DÍAS | CC Tipo | 19601310 Número |

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO PARA EL CARGO**

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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION. | 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 protegar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver idicas. 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: Elkana Gonzalez O. Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo R.M. 1245 S.S.S. 5323

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: D735J1P6324

**Aspirante o Trabajador**

Firma: APONTE

Nombre: APONTE LUQUE WILMER JOSE

CC: 19601310

Impreso el 03/10/2022 a las 03:00 p.m. Página 1 de 1 Software para el sector salud - www.biolife.com.co

CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com

N° 6,327

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 03 DÍA | 10 MES | 2022 AÑO | PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| BERMUDEZ S.A.S | BERMUDEZ S.A.S |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| GARCIA YEPES ANDELSON ALBERTO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | MASCULINO | 42 AÑOS 2 MESES 24 DÍAS | CC Tipo | 1126705970 Número |

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO PARA EL CARGO**

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 |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : CITA MEDICA EN EPS. // VALORACIÓN POR NUTRICION PARA CONTROL DE PESO. | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES : CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA, CONTROL DE PESO |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION. | 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 protegar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver idicas. 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: Elkana Gonzalez O. Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo R.M. 1245 S.S.S. 5323

Nombre: GONZALEZ ORJUELA ELIANA KATHERINE

R. M.: 1245 L.S.O.: 5323

Código de Seguridad: D735J1P6327

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Andelson

Nombre: GARCIA YEPES ANDELSON ALBERTO

CC: 1126705970

## OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)”

## SOPORTES PAGO AFILIACIONES SEGURIDAD SOCIAL

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 816000531 | 1 | BERMUDEZ Y CIA S EN C | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | OFICINA | AV 24 A 2 A 71 | CALI-VALLE | 3765950 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-10 | 2022-10 | 17616693338 | 9442744422 | Y | 2022/11/09 | 2022/11/17 | BANCOLOMBIA | 8 | $3,337,100 |

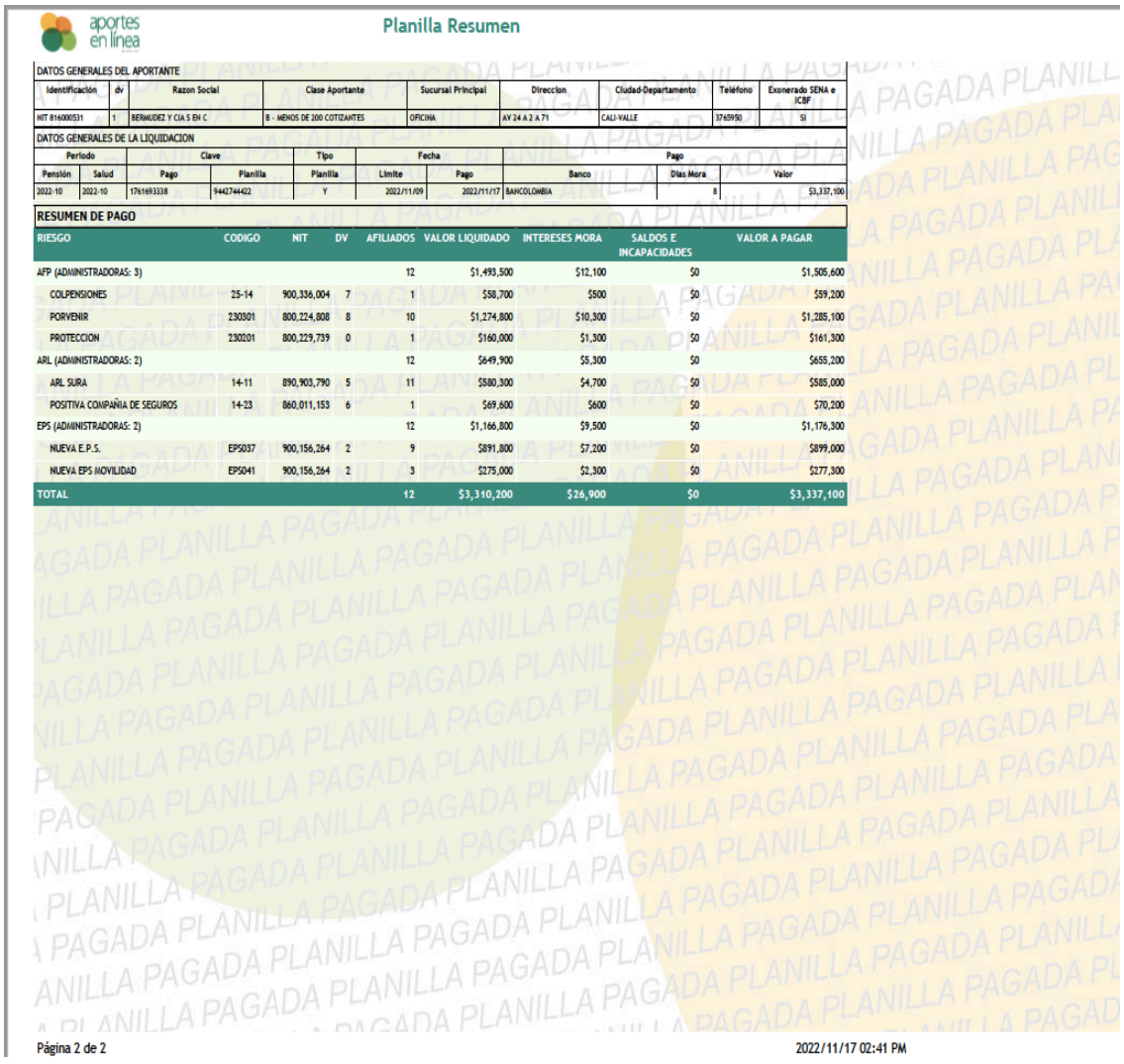
**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| No. | EMPLEADO Identificación | Nombre | NOVEDADES | PENSION Codigo | Dias | IBC | Aporte | SALUD Codigo | Dias | IBC | Aporte | CCF Codigo | Dias | IBC | Aporte | RIESGOS Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | PARAFISCALES Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SUCURSAL: OFICINA (12 Afiliados)** | | | | | | $9,333,335 | $1,493,500 | | | $9,333,335 | $1,166,800 | | | $0 | $0 | | | $9,333,335 | | $649,900 | | $0 | $0 | | $3,310,200 |
| **Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (12 Afiliados)** | | | | | | $9,333,335 | $1,493,500 | | | $9,333,335 | $1,166,800 | | | $0 | $0 | | | $9,333,335 | | $649,900 | | $0 | $0 | | $3,310,200 |
| Ciudad: CALI Depto: VALLE (12 Afiliados) | | | | | | $9,333,335 | $1,493,500 | | | $9,333,335 | $1,166,800 | | | $0 | $0 | | | $9,333,335 | | $649,900 | | $0 | $0 | | $3,310,200 |
| 1 | CC 1127387023 | BARRETO EDGAR | X | 23030 1 | 18 | $600,000 | $96,000 | EPS037 | 18 | $600,000 | $75,000 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 18 | $600,000 | 6.960% | $41,800 | 0 | $0 | $0 | No | $212,800 |
| 2 | CC 92189379 | CAMPO RICARDO | X X | 23030 1 | 28 | $933,334 | $149,400 | EPS037 | 28 | $933,334 | $116,700 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 28 | $933,334 | 6.960% | $65,000 | 0 | $0 | $0 | No | $331,100 |
| 3 | CC 18264013 | GAITAN VIRGILIO | X | 25-14 1 | 11 | $366,667 | $58,700 | EPS037 | 11 | $366,667 | $45,900 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 11 | $366,667 | 6.960% | $25,600 | 0 | $0 | $0 | No | $130,200 |
| 4 | CC 1126705970 | GARCIA ADELSON | X | 23030 1 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS037 | 30 | $1,000,000 | $125,000 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,000,000 | 6.960% | $69,600 | 0 | $0 | $0 | No | $354,600 |
| 5 | CC 18264014 | GARCIA MIGUEL | X | 23030 1 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS037 | 30 | $1,000,000 | $125,000 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,000,000 | 6.960% | $69,600 | 0 | $0 | $0 | No | $354,600 |
| 6 | CC 1127391723 | HERNANDEZ SANTIAGO | X | 23030 1 | 18 | $600,000 | $96,000 | EPS041 | 18 | $600,000 | $75,000 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 18 | $600,000 | 6.960% | $41,800 | 0 | $0 | $0 | No | $212,800 |
| 7 | PT 1149442 | HURTADO FREDDY | X | 23030 1 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS037 | 30 | $1,000,000 | $125,000 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,000,000 | 6.960% | $69,600 | 0 | $0 | $0 | No | $354,600 |
| 8 | CC 18263452 | JIMENEZ LINSON | X X | 23030 1 | 19 | $633,334 | $101,400 | EPS037 | 19 | $633,334 | $79,200 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 19 | $633,334 | 6.960% | $44,100 | 0 | $0 | $0 | No | $224,700 |
| 9 | CC 1126707291 | LEDEZMA ENDRIUS | | 23030 1 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS037 | 30 | $1,000,000 | $125,000 | 0 | | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,000,000 | 6.960% | $69,600 | 0 | $0 | $0 | No | $354,600 |
| 10 | CC 1758833 | LOPEZ FREDY | | 23020 1 | 30 | $1,000,000 | $160,000 | EPS041 | 30 | $1,000,000 | $125,000 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,000,000 | 6.960% | $69,600 | 0 | $0 | $0 | No | $354,600 |
| 11 | CC 1127391014 | MARTINEZ JOSE | X | 23030 1 | 18 | $600,000 | $96,000 | EPS041 | 18 | $600,000 | $75,000 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 18 | $600,000 | 6.960% | $41,800 | 0 | $0 | $0 | No | $212,800 |
| 12 | CC 4524466 | VASQUEZ JUAN | X | 23030 1 | 18 | $600,000 | $96,000 | EPS037 | 18 | $600,000 | $75,000 | 0 | | $0 | $0 | 14-11 | 18 | $600,000 | 6.960% | $41,800 | 0 | $0 | $0 | No | $212,800 |
| **Total** | **Afiliados( 12)** | | | | | $9,333,335 | $1,493,500 | | | $9,333,335 | $1,166,800 | | | $0 | $0 | | | $9,333,335 | | $649,900 | | $0 | $0 | | $3,310,200 |

Página 1 de 2

2022/11/17 02:41 PM

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**



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 816000531 | 1 | BERMUDEZ Y CIA S EN C | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | OFICINA | AV 24 A 2 A 71 | CALI-VALLE | 3765950 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-10 | 2022-10 | 1761693338 | 9442744422 | Y | 2022/11/09 | 2022/11/17 | BANCOLOMBIA | 8 | $3,337,100 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 3) | | | | 12 | $1,493,500 | $12,100 | $0 | $1,505,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $58,700 | $500 | $0 | $59,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 10 | $1,274,800 | $10,300 | $0 | $1,285,100 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $160,000 | $1,300 | $0 | $161,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 12 | $649,900 | $5,300 | $0 | $655,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 11 | $580,300 | $4,700 | $0 | $585,000 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $69,600 | $600 | $0 | $70,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 12 | $1,166,800 | $9,500 | $0 | $1,176,300 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 9 | $891,800 | $7,200 | $0 | $899,000 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 3 | $275,000 | $2,300 | $0 | $277,300 |
| TOTAL | | | | 12 | $3,310,200 | $26,900 | $0 | $3,337,100 |

Página 2 de 2 2022/11/17 02:41 PM

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

## REGISTRO FOTOGRAFICO.

<table>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">Imagen 1,2,3 Y 4 Señalización.</td></tr>
</table>





**Imagen 5 Y 6 Orden y Aseo**






**Imagen 7 Y 8. Kit de Emergencias y Primeros Auxilio - UBICACIÓN :ALMACEN Y ZONA DE TRABAJO**

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**



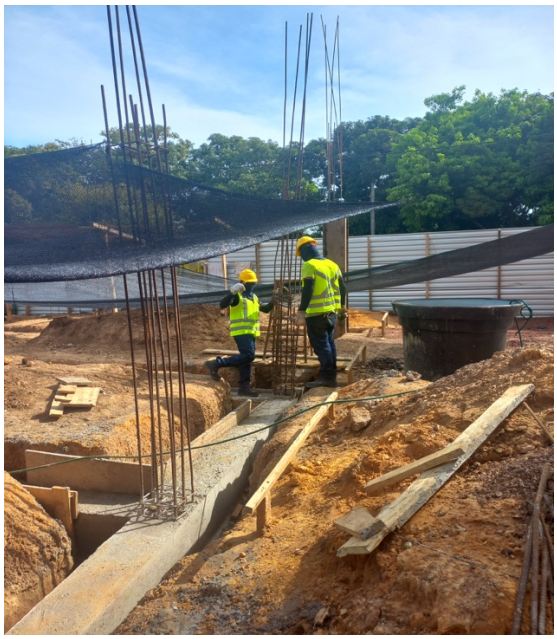






**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**









**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

| | |
|---|---|
|  |  |
| **Imagen 9,10,11,12,13,14,15,16,17 Y 18 Supervisión de Trabajos seguros** | |

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**









**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**









**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**







**Imagen 19,20,21,22,23,24 ,25,26, 27 y 28 Entrega de EPP y Dotación**

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**









**Imagen 29,30,31 y 32 Charlas de Seguridad**

**OBJETO. REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE JUDICIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO CARREÑO (VICHADA)"**

## ANEXOS:

SE ENVIA ADJUNTO CON EL INFORME LOS ANEXOS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SGSST DE LA SIGUIENTE MANERA:

**REGISTRO ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL – EPP, SOPORTES DE INDUCCIÓN, REGISTRO ASISTENCIA CHARLAS DIARIAS DE SST Y SOPORTES PREOPERACIONAL - INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS.**