| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | |
|---|---|
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA |

**DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:
Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.

**RIESGOS EXISTENTES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• *Tecnológico, Explosión por presiones.*<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia y | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

401


INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2023.04.28 12:23:30 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE



FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1998**

**TOCAIMA**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.73** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G S RH | SEXO |

**02-FEB-2017 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROCHA

0074296735A 1 0915407008

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**
CÉDULA DE CIUDADANÍA

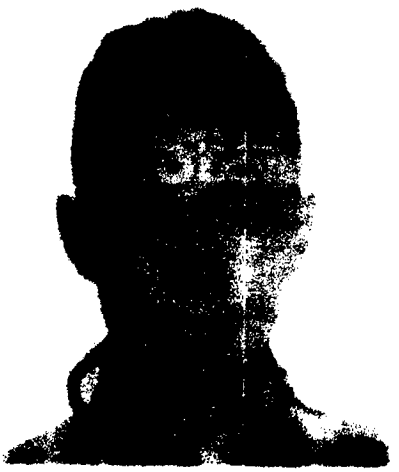
NUMERO **1.016.244.047**
**TAMAYO MENDEZ**

APELLIDOS
**LUIS DAVID**

NOMBRES

luis david tama

FIRMA



402

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ | C.C. | 1,010,244,047 | 07/03/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 06 de marzo de 2023 a las 02:19:55 p.m.**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

403

nueva eps

# NUEVA EPS S.A

**NIT: 900156264 -2**

**CERTIFICA QUE:**

El 2023 -03-07 18:59:39, el empleador **HA CIVILESSA** identificado con **NI** número **901528981** registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE.**

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 731333208108 | 2023 -03-07 18:59:39 | REINGRESO |

**DETALLE**

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1010244047 | LUIS DAVID TAMAYO | 1160000 | OBREROS Y PEONES DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS | 2023 -03-06 |

**La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Marzo del año 2023.**

404

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010244047,** se encuentra afiliado/a desde **04/08/2020** 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 06 de marzo de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010244047,** se encuentra afiliado/a desde **04/08/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones

406

Bogotá DC. 6 de Marzo de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 6/3/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 1010244047 |
| Nombres y Apellidos | LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 7/3/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 6/3/2023 |
| Cargo | AYUDANTE |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14

IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

407

DIVINO NIÑO JESUS
Unidad Medica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020
NIt: 830.015.894-4
Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud



# LABORATORIO CLINICO

| | | |
|---|---|---|
| Empresa: CONSTRUCIVILES AW S.A.S | Numero: 65669 | |
| INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | Fecha de Realizacion: 1/03/2023 | |
| Nombres Aps<br>LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ | 1010244047 | Edad<br>24 |

| EXAMEN | RESULTADO | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| Glicemia Basal | 70 | Vr: 70 - 105 Mg/dl |
| Colesterol | 230 | Optimo: Menos de 200 Mg/dl<br>Limite : 201 - 240 Mg/dl<br>Alto : Mayor de 240 Mg/dl |
| Triglicéridos | 94 | Limite : Hasta 150 Mg/dl |

LABORATORIO CLINICO
Fecha de Impresion: 1/03/2023
C C 51 853 527
Blanca E Soriano

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

EL DIVINO NIÑO JESUS
Unidad Medica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020
NIt: 830.015.894-4
Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



# VALORACIÓN VISUAL LABORAL

| | | |
|---|---|---|
| **EXAMEN DE: VISIOMETRIA** | | Fecha de Realizacion: 01/03/2023 |
| NOMBRE: LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ | | DOCUMENTO NO.: 1010244047 |
| GENERO: MASCULINO | FECHA NACIMIENTO: 16/12/1998 | EDAD: 24 Años |
| EMPRESA: CONSTRUCCIONES AWR SAS | | CARGO: AYUDANTE DE OBRA |
| EPS: NUEVA EPS | | ARP: |

## ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Ocupación: AYUDANTE DE OBRA - Tiempo en este Oficio: 2 AÑOS
Exigencia Visual del Oficio - Cercana (20/) Lejana (20/)

Considera que las condiciones en que trabaja son adecuada para sus ojos: SI
Por que

Utiliza Alguna Protección: SI - Cual: MONOGAFAS

Oficios Anteriores - Tiempo:

## EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Le Han Practicado Alguna Visiometria Anteriormente: SI - Fecha del Examen FEB 2023

Tiene Lentes Formulados: NO

Usa Lentes Actualmente: NO - -

| | |
|---|---|
| EXAMEN EXTERNO: OD - NORMAL<br>OI - NORMAL | ESTADO MOTOR: NORMAL |

## EVALUACIÓN DE PRUEBA

| AGUDEZA VISUAL: | SIN CORRECCIÓN | CON CORRECCIÓN |
|---|---|---|
| LEJOS OD: | 20/40 | |
| OI: | 20/30 | |
| AO: | 20/30 | |
| CERCA OD: | 20/20 | |
| OI: | 20/20 | |
| AO: | 20/20 | |

| | |
|---|---|
| Oftalmoscopia Directa: Medios Transparentes | IDX - AMETROPE |

Uso de Correción Visual - SI - Observaciones:

Cromatica: Normal - Observaciones:

Test Estereopsis: 40 Seg de Arco

Interpretación: PTE CON DIFICULTAD DE LEJOS, SE REMITE PARA RX PERMANENTE Y PARA EL TRABAJO

Observaciones: DEBE LABORAR CON GAFAS

## RECOMENDACIONES LABORALES

| | | |
|---|---|---|
| Control Anual | Remisión EPS | Remisión IPS |
| Remisión Optometria | Usar Elementos de Protección Visual Adecuados | Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica |

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

**OPTOMETRA Esp Salud Ocupacional**
**CAROLINA CHAPARRO MARTINEZ**
**LICENCIA No. 5660/19**

**TRABAJADOR**

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas



Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657

709

# EL DIVINO NIÑO JESUS

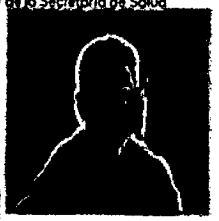
Unidad Medica de Especialistas

# UMED LTDA. I.P.S.

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

NIt: 830.015.894-4

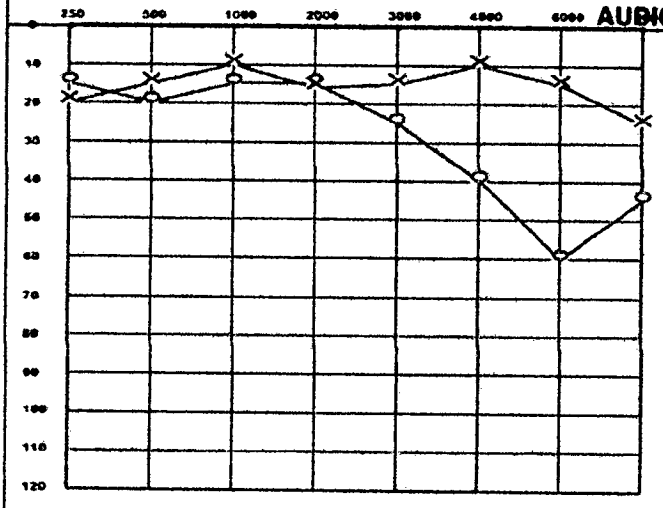
Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud



## EXAMEN DE AUDIOMETRIA LABORAL

| | | |
|---|---|---|
| GRESO | Fecha de Realizacion: 1/03/2023 | |
| OMBRE:<br>LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ | DOCUMENTO NO.:<br>1010244047 | |
| GENERO: MASCULINO | FECHA NACIMIENTO: 16/12/1998 | EDAD: 24 Años |
| EMPRESA: CONSTRUCIVILES AW S.A.S | | EPS: NUEVA EPS |
| CARGO: AYUDANTE DE OBRA | | ARP: |
| Ha Trabajado en Ambientes Ruidosos - Si<br>Tiempo de Exposición al Ruido: Ocasionalmente | | Utiliza Protectores Auditivos - Si<br>De que tipo: DESECHABLES |

**AUDIOGRAMA**




IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

OI: AUDICION NORMAL

OD: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL DESCENSO EN LEVE FR 4000 Y MODERADO FR 6000 8000

Observaciones: CONTROL EN 1 AÑO.UTILIZAR E.P.A EN CASO DE EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 85 dB.
EVITAR USO DE AUDIFONOS PARA MUSICA.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**ANTECEDENTES AUDITIVOS**

| | | |
|---|---|---|
| Otalgia - No - | Otitis - No - | Otorrea - No - |
| Traumas - No - | Ciruglas - No - | Acufenos - No - |
| Transtornos del Equilibrio - No - | Hipertención Arterial - No - | Sinusitis - No - |
| Diabetes - No - | | |

**HABITOS**

**OTOSCOPIA**

| | |
|---|---|
| OD NORMAL - | OI NORMAL - |

**RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL**

| | | |
|---|---|---|
| Control Auditivo en un año | Uso Doble de Protección Auditiva | No Utilizar Audifonos (MP3) |
| Reposo Auditivo después de la Jornada Laboral | | |

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Fonoaudiologa Esp Salud Ocupacional
**ANGELA JULIETH HURTADO MUÑOZ**
**LICENCIA No. RESO 25/1210/2017**

**TRABAJADOR**

Laboratorio - Medicina - Radiologia - Ecografia - Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

**UMED LTDA. I.P.S.**

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

NIt: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud



## LABORATORIO CLINICO

| | | |
|---|---|---|
| Empresa: CONSTRUCCIONES AWR SAS | Numero: 65669 | |
| **INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR** | Fecha de Realizacion: 1/03/2023 | |
| Nombres Apv<br>**LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ** | **1010244047** | Edad<br>24 |

| EXAMEN | RESULTADO | VALOR DE REFERENCIA |
|---|---|---|
| Glicemia Basal | 70 | Vr: 70 - 105 Mg/dl |
| Colesterol | 230 | Optimo: Menos de 200 Mg/dl<br>Limite : 201 - 240 Mg/dl<br>Alto : Mayor de 240 Mg/dl |
| Triglicéridos | 94 | Limite : Hasta 150 Mg/dl |

LABORATORIO CLINICO
Fecha de Impresion: 1/03/2023
C C 51 893 527

Blanca E. Berio

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecog[illegible]p - Audiometría - Salud Ocupacional - Cl[illegible]s de Alturas

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

# UMED LTDA. I.P.S.

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 84925

| | | |
|---|---|---|
| **FECHA : 01/03/2023 HORA:10:34** | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** | |
| NOMBRES: LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ | DOCUMENTO: 1010244047 | EDAD: 24 GENERO: M |
| Empresa: CONSTRUCIVILES AW S.A.S | Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Tel: 3224323817 - |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | Si | | Respiratorio | Si | |
| Espirometria | NA | | Dermatología | Si | |
| Audiometria | Si | | Osteomuscular | Si | |
| Visiometria | Si | | Cardiovascular | Si | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | Si | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicología Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | Si | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | Si | | KOH Uñas | NA | |
| Trigliceridos | Si | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Apto Para Trabajos en Alturas** | Si | **Apto Para Trabajos en espacios Confinados** | | | NA |
| **Apto Para el cargo sin Restricciones** | | | Si | **Aplazado** | NA |
| **Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo** | | | NA | **No Apto Para Este Cargo** | NA |
| **Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel** | | | NA | | |
| **Examen PERIODICO Satisfactorio** | NA | **Examen de EGRESO Satisfactorio** | | | NA |

RECOMENDACION: 1. USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTOMETRICA 2. USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS CO N RUIDO EN NIVELES SUPERIORES A LOS PERMISIBLES.

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | Si | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| Pausas Activas | Si | Control Optometrico Periodico | Si | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | Si | Uso de Lentes Permanentes | Si | Valoración y Manejo en IPS | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | Si | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Fisico | NA |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | Si | Control Médico Ocupacional Anual | SI |
| | | | | | NA |

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

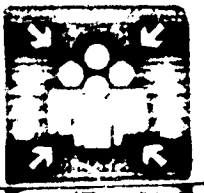
**He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA,tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.**

| | | |
|---|---|---|
| NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ<br>LICENCIA No. 6660 DE 30/03/2019<br>Medico Especialista en Salud Ocupacional | Firma Trabajador<br>C.C. No | 2058 |

Víctor Q... Médico Especialista en Salud Ocupacional

Laboratorio - Medicina - Radiología - Eco_ía - Audiometría - Salud Ocupacional - C___os de Alturas

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

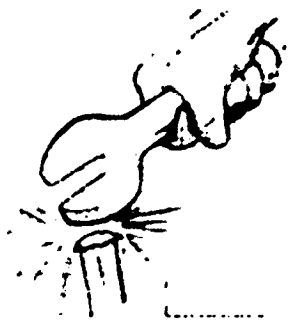
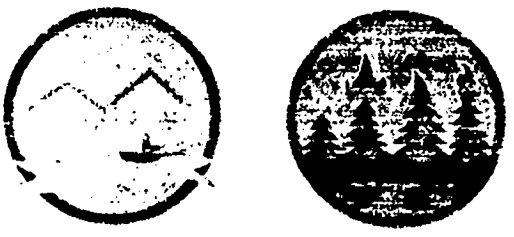
| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | 22 | ✓ |  |
| 24. ADVERTENCIA | 27 | ✓ |  |

## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

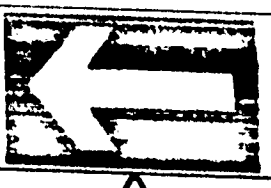
| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | ✓ | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | ✓ | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | ✓ | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | ✓ | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar **nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.**

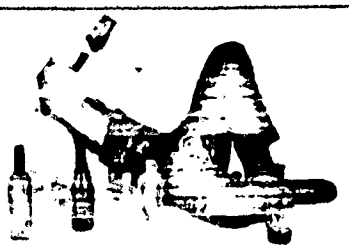
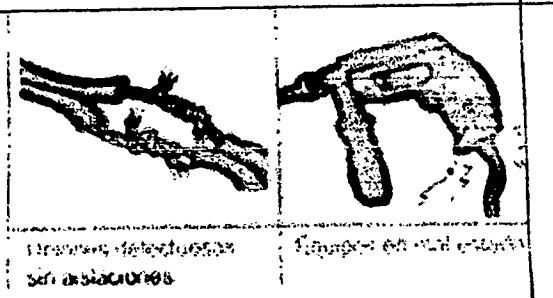
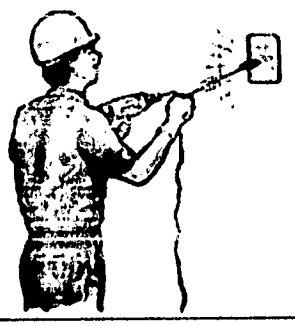
Calificación total: 47

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al **encargado de SST**, COPASST O JEFE DIRECTO |  | ✓ | ✓ |
| **17.** Estos no son elementos de **protección personal.** |  | ✓ | ✓ |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | ✓ | ✓ |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | ✓ | ✓ |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más **pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de** seguridad y salud en el trabajo. | | ✓ | ✓ |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | 23 | ✓ |  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | 24 | ✓ |  |

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| **12.** No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | ✓ |
| **13.** Estos son peligros físicos. |  | ✓ | ✓ |
| **14.** Estos son peligros de seguridad. |  | ✓ | ✓ |
| **MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO** | | **Falso** | **Verdadero** |
| **15.** El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | ✓ | ✓ |

| Belzcon Construccion Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

| Belzcon Construccion Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

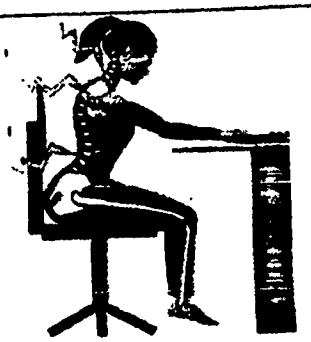
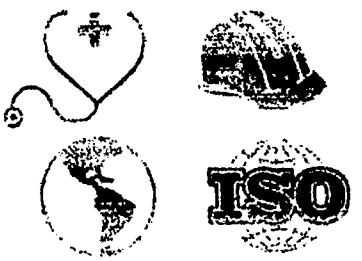
FECHA: 08-03-2023 CIUDAD: Bogota CEDULA: 1016244067

NOMBRE: Luis David Tamayo Mendez

CARGO: Ayudante INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACIÓN DEL TEMA

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | |
|---|---|
| 1. PELIGRO ✓ |  |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) ✓ |  |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD ✓ |   |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) ✓ |  |

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Luis Eduardo Tamayo identificado con la C.C. Nº 1010246043 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 8 /03 /2023 en la ciudad de Bogotá.

AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras. | | |
| X | • **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías. | X | • **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera) |
| | | | |

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA | | |
| **DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar. | | | |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:<br>**Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad –** Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – **Capa Impermeable.** | | | |
| RIESGOS EXISTENTES | | | |
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia y | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

| | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |
|---|---|---|

**Bogotá 8 de marzo 2023**

**Señor(a): LUIS DAVID TAMAYO MENDEZ**
**CC.: 1.010.244.047**
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
**La Ciudad**

**Por medio de la presente la empresa HA CIVIL, se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de ingreso, realizado el día 01 de marzo 2022, en su IPS EL DIVINO NIÑO, como cargo AYUDANTE DE OBRA, a lo cual usted se debe comprometer a dar cumplimiento y en el debido caso dar entrega de las evidencias necesarias para** el seguimiento a dichas recomendaciones.

**Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la** implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.

**APTO PARA ALTURAS SI (X) NO () NO APLICA ()**

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

**RECOMENDACIONES:**

1. Higiene Postural
2. **Pausas Activas**
3. Ergonomía en el puesto de trabajo
4. Control de optometría
5. **Uso de lentes permanentes**
6. Estilos de vida saludable
7. Control médico ocupacional anual
8. **Doble protección auditiva en áreas superiores a los niveles permisibles**

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**
CC. 52901077

**EL TRABAJADOR**
CC. 1010244047

Powered by camsi

| Belzcon | **ENTREGA DE DOTACIÓN** | BLZC-FR-SST-08<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| FECHA | | | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | PROYECTO/OBRA |
|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | DÍA | | | |
| 2023 | 03 | 8 | Luis David Tamayo Mendez | Ayudante | |

**DOTACIÓN**

| MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR | CANT | SUPERIOR TALLA | SUPERIOR COLOR | CANT | INFERIOR TALLA | INFERIOR COLOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARNAZA (SOLDAR) ☐ | | | | | | | |
| OVEROL ☒ | 1 | 40 | Negro | | | | |
| JEAN ☐ | | | | | | | |
| IMPERMEABLE ☐ | | | | | | | |
| OFICINA/SERV. GENERALES ☐ | | | | | | | |
| CHAQUETA BELZCON /CLIE... ☒ | 1 | 40 | Rojo Negro | | | | |

| MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR | CANT | TALLA |
|---|---|---|
| BOTAS DIELÉCTRICAS ☒ | 1 | 40 |
| BOTAS DE SOLDADOR ☐ | | |
| BOTAS CAUCHO ☐ | | |
| OTRO: ☐ | | |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

| MANOS | CANT | MANOS | CANT | CASCO ☒ BARBUQUEJO ☐ CANT | CASCO COLOR | GAFAS CLARA | GAFAS OSCURA | TAPA OÍDOS INSERCIÓN | TAPA OÍDOS COPA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAQUETA | 1 | CAUCHO | | | | | | | | |
| CARNAZA (SOLDAR) | | NITRILO | 1 | | | | | | | |

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

| ENTREGA | RECIBE |
|---|---|
| NOMBRE: Angelica Maria Cuervo Gil. | NOMBRE: Luis David Tamayo Mendez |
| FIRMA: Angelica Cuervo Gil. | FIRMA Y CÉDULA: 1010244047 |

Belzcon Construcción Propositiva | ENTREGA DE DOTACIÓN | BLZC-FR-SST-08 VERSIÓN: 01 PAG.1 DE 1 2022/12/01

4/22

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

80.128.201
GOMEZ SILVA

EDILBERTO





15-JUN-1960
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

1.68 A+ M

03-SEP-1998 BOGOTA D.C.

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de Inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EDILBERTO GOMEZ SILVA | C.C. | 80,128,201 | 08/03/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Tuesday March 7 2023 a las 10:21:47 AM**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**



424

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

# 9009820428

9009820428

No. de Radicación: 25790370

Fecha de Radicación: 07 03 2023

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | SILVA | EDILBERTO | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 80128201 | Femenino [ ] Masculino [X] | 15 06 1980 |

## 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 | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | | | | | |
| | | Zona: Urbana [ ] Rural [ ] | | | |

## 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 del documento de 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 de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios: 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

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

## Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| HA CIVILES SAS | N.I.T. | 901528981 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 77 C 64 A SUR 06 | 8194933 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 07 03 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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no existencia de aportes al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
49. Declaración de no afiliación 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 descargue 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 otros mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

| | |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

425

Bogotá DC. 7 de Marzo de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 7/3/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 80128201 |
| Nombres y Apellidos | EDILBERTO GOMEZ SILVA |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 6/3/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 7/3/2023 |
| Cargo | oficial |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

porvenir
sólo hay uno

**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:

**EDILBERTO GOMEZ SILVA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.128.201**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 7 de Marzo 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.

427

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

| NÚMERO |
| --- |
| 0000397811 |

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CONSTRUCCIONES MCJ SAS FECHA 11/02/2023 13:09:46

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

NOMBRE Y APELLIDO: EDILBERTO GOMEZ SILVA C.C 80128201

EDAD 42 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE OBRA



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☐ NO ☑ |
| Visiometría | ☑ | Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐ | |
| Optometría | ☐ | ¿Cuáles? | |
| Audiometría | ☑ | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ |
| | | Otros | ☐ |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
| --- | --- | --- | --- |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☐ | ☑ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

**RESTRICCIONES**

RESTRICCION CARGAS MAYORES A 20 KILOS ANTECEDENTE OSTEMUSCULAR

**RECOMENDACIONES**

VALORACION OFTAMOLOGIA
CONTROLES DE SALUD MEDICO ORTOPEDISTA EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

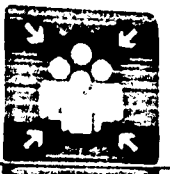
Captura Biométrica

FIRMA DEL ESPECIALISTA

428

Bogotá

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | 22 | ✓ |  |
| 24. ADVERTENCIA | 21 | ✓ |  |

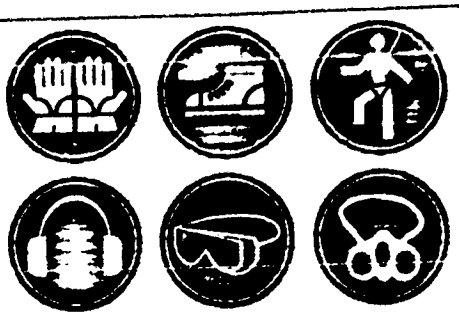
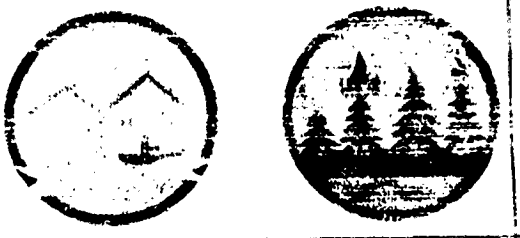
## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | ✓ | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | ✓ | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | ✓ | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | ✓ | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

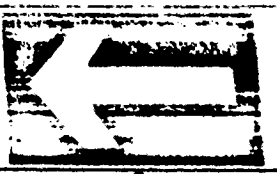
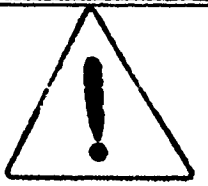
Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total 60

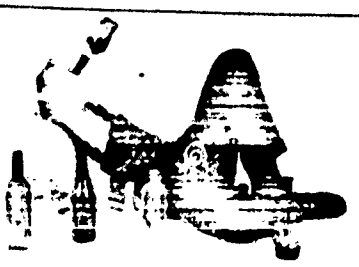
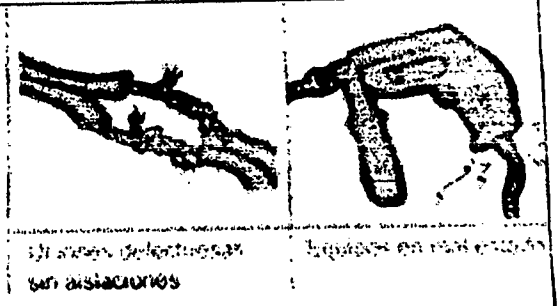
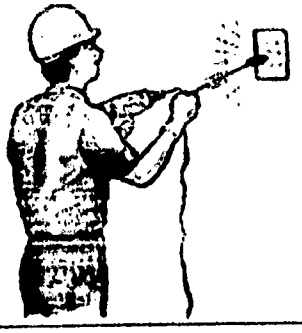
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al **encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO** |  | ✓ | X |
| **17.** Estos no son elementos de **protección personal.** |  | X | ✓ |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | V | X |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | ✓ | X |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más **pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo.** | | ✓ | X |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | ✓ | 24 |  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | ✓ | 23 |  |

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| 12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | ✓ |
| 13. Estos son peligros físicos. |  | ✓ | X |
| 14. Estos son peligros de seguridad. |   | ✓ | X |
| **MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO** | | **Falso** | **Verdadero** |
| 15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | X | ✓ |

| Belzcon Construccion Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

**5. En la Politica de Seguridad y Salud en el trabajo:**

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. **Encontramos que la gerencia general no está comprometida.** ✓
✗c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

✓**6.** Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

✓**a.** Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
**b.** Que tome licor en mi jornada laboral.
**c.** Estimular actos inseguros. ✓

**7.** Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

✓**a.** **Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.**
**b.** Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores. ✓
**c.** **Documentar quien no lee los procesemos.**

**8.** Reglamento interno de trabajo de se debe:

**a.** **Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.** ✓
✗b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
**c.** **En los baños de los hombres.**

**9.** Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

✗**a.** **Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.**
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina. ✓
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

**10.** Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

✗**a.** Por escrito al área de Gestión Humana. ✓
**b.** De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
**c.** De forma verbal a mi jefe directo.

**11.** El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

✗**a.** Si ✓
**b.** No
**c.** Depende de la ARL

| Belzcon Construccion Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

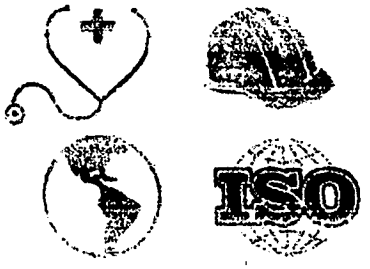
FECHA: 02/02/2022 CIUDAD: Bogota CEDULA: 80182201

NOMBRE: Edilberto Gomez Silva

CARGO: Oficial INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACIÓN DEL TEMA

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| 1. PELIGRO | |  2 ✓ |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) | | 1 ✓  |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD | | 3 ✓   |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) | | 4  |

se requiera movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y ubicarlas en el lugar correspondiente.

- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Edilberto Gomez identificado con la C.C. Nº 80128201 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OFICIAL DE OBRA, la cual se firma el día 8/10/2023 en la ciudad de Bogotá.

Edilberto Gomez
OFICIAL DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras. | | |
| X | • **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías. | X | • **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera) |

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- **Procurar el cuidado integral de su salud**
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- **Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.**
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos **latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST**
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en **el plan de capacitación del SG–SST.**

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de asegurar el paso peatonal y **vehicular.**
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- **La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal capacitado para esta labor.**
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las **condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.**
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector **sobre la labor a realizar.**
- **Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el** personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- **Está prohibido tener combustible en el frente de obra.**
- Dar uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- **Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de** emergencia.
- **Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)**
- En caso de trasladar herramienta o materiales (palas, picas, barras, etc.), terciarlas cuando

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | OFICIAL DE OBRA | | |
| **DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar. | | | |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:<br>Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela y/o PVC) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable. | | | |
| RIESGOS EXISTENTES | | | |
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no Ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia y | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

Belzcon

# ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

| FECHA | | | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | PROYECTO/OBRA |
|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | DÍA | | | |
| 2023 | 03 | 08 | Edilberto Gómez silva | oficial | |

## DOTACIÓN

| MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR | CANT | SUPERIOR TALLA | SUPERIOR COLOR | CANT | INFERIOR TALLA | INFERIOR COLOR | OBSERVACIONES | MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR | CANT | TA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARNAZA (SOLDAR) ☐ | | | | | | | | BOTAS DIELÉCTRICAS ☐ | ✓ | 4 |
| OVEROL ☒ | | 40 | Rojo | | 40 | Rojo | | BOTAS DE SOLDADOR ☐ | | |
| JEAN ☐ | | | | | | | | BOTAS CAUCHO ☐ | | |
| IMPERMEABLE ☐ | | | | | | | | OTRO: ☐ | | |
| OFICINA/SERV. GENERALES ☐ | | | | | | | | | | |
| CHAQUETA BELZCON /CLIE...T ☐ | | | | | | | | | | |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

| MANOS | CANT | MANOS | CANT | CASCO ☐ BARBUQUEJO ☐ CANT | CASCO COLOR | GAFAS CLARA | GAFAS OSCURA | TAPA OÍDOS INSERCIÓN | TAPA OÍDOS COPA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAQUETA | 1. | CAUCHO | 1 | CANT | COLOR | CLARA | OSCURA | INSERCIÓN | COPA | |
| CARNAZA (SOLDAR) | | NITRILO | | 1 | Amarillo | X | | | | |

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

| ENTREGA | RECIBE |
|---|---|
| NOMBRE Angélica Cano Gil. | NOMBRE Edilberto Gómez |
| FIRMA | FIRMA Y CÉDULA 80128201 |



Powered by CamS

| | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |
|---|---|---|

Bogotá 8 de marzo 2023

Señor(a): GOMEZ SILVA EDILBERTO
CC.: 80.128. 201
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **HA CIVIL,** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de ingreso, realizado el día 11 de marzo 2022, en su IPS **CLINISUR,** como cargo AYUDANTE DE OBRA, a lo cual usted se debe comprometer a dar cumplimiento y en el debido caso dar entrega de las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.

**APTO PARA ALTURAS SI () NO () NO APLICA (X)**

RESTRICCIONES: SI (X) NO ()

**RESTRICCIÓN CARGAS MAYORES A 20 KILOS POR ANTECENDENTE OSTEOMUSCULAR**

RECOMENDACIONES:

1. Uso de EPP según la labor
2. Pausas Activas
3. Control de optometría
4. **Uso de lentes para laborar**
5. Control médico ocupacional anual

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**

CC. 52901051.

**EL TRABAJADOR**

CC. 80128201

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

80.131.260
GOMEZ SILVA

MANUEL ANTONIO





FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-MAR-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MANUEL ANTONIO GOMEZ SILVA | C.C. | 80,131,260 | 08/03/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Tuesday March 7 2023 a las 10:23:08 AM**

**Cualquier Información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**



440

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009820425

9009820425

No. de Radicado: 25790367

Fecha de Radicación: 07 03 2023

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | SILVA | MANUEL | ANTONIO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 80131260 | Femenino [ ] Masculino [X] | 13 05 1981 |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | | | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | |

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 del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A |

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

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

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios 29. Parentesco | Datos complementarios 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B2 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B3 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B4 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B5 | | | | | D D M M A A A A | | |

| | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P | 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 | | | | | | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) | |
|---|---|---|---|---|
| HA CIVILES SAS | NIT | 901528981 | | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 77 C 64 A SUR 06 | 8194933 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del inicio 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 del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | 07 03 2023 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

40. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
41. Declaración de no estar obligado a aportar al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
42. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
43. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorizo de para que la EPS consulte 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 la prevista 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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

441

porvenir
sólo hay uno

**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:

**MANUEL ANTONIO GOMEZ SILVA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.131.260**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 7 de Marzo 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.

442

Bogotá DC. 7 de Marzo de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 7/3/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 80131260 |
| Nombres y Apellidos | MANUEL ANTONIO GOMEZ SILVA |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 7/3/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 7/3/2023 |
| Cargo | oficial |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

| NÚMERO |
| --- |
| 0000397812 |

# CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CONSTRUCCIONES MCJ SAS FECHA 11/02/2023 13:10:58

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

**NOMBRE Y APELLIDO:** MANUEL ANTONIO GOMEZ SILVA C.C 80131260

**EDAD** 41 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE OBRA



**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☐ NO ☑ |
| Visiometría | ☑ | Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐ | |
| Optometría | ☐ | ¿Cuáles? | |
| Audiometría | ☑ | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ |
| | | Otros | ☐ |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
| --- | --- | --- | --- |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☐ | ☑ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

**EXÁMENES DE EGRESO**
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Cédula Biométrica

FIRMA DEL ESPECIALISTA

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | |
|---|---|
| CARGO: | OFICIAL DE OBRA |

**DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad s presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protecció personal que debe utilizar.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:
Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela y/o PVC) – Respirador y/o Tapabocas Capa Impermeable.

RIESGOS EXISTENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización c trabajo (comunicación, demand cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social c trabajo (relaciones, cohesión, calida de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga menta demandas emocionales, sistemas d control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabaj nocturno, rotación, horas extras descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia y | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

| | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |
|---|---|---|

**Bogotá 8 de marzo 2023**

**Señor(a): GOMEZ SILVA MANUEL ANTONIO**
**CC.: 80.131.260**
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
**La Ciudad**

**Por medio de la presente la empresa HA CIVIL, se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de ingreso, realizado el día 01 de marzo 2022, en su IPS CLINISUR, como cargo AYUDANTE DE OBRA, a lo cual usted se debe comprometer a dar cumplimiento y en el debido caso dar entrega de las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.**

**Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.**

**APTO PARA ALTURAS SI () NO () NO APLICA (X)**

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

**RECOMENDACIONES:**

1. Uso de EPP según la labor
2. **Pausas Activas**
3. Control de optometría
4. **Uso de lentes para laborar**
5. **Control médico ocupacional anual**

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**
CC. 52901081

**EL TRABAJADOR**
CC. 80131260

FIRMA Y CEDULA
Edwin 80128801

417

Belzcon
Construccion Propositiva

# ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

| FECHA | | | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | PROYECTO/OBRA |
|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | DÍA | | | |
| 2023 | 03 | 08 | Manuel Antonio Gómez silva | oficial | |

## DOTACIÓN

| MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR | CANT | SUPERIOR TALLA | SUPERIOR COLOR | CANT | INFERIOR TALLA | INFERIOR COLOR | OBSERVACIONES | MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR | CANT | TALLA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CHALECO REFLECTIVO ☐ | | 38 | Rojo | | 38 | Rojo | | BOTAS DIELÉCTRICAS ☒ | 1 | 41 |
| OVEROL ☒ | | | | | | | | BOTAS DE SOLDADOR ☐ | | |
| JEAN ☐ | | | | | | | | BOTAS CAUCHO ☐ | | |
| IMPERMEABLE ☐ | | | | | | | | OTRO: ☐ | | |
| OFICINA/SERV. GENERALES ☐ | | | | | | | | | | |
| CHAQUETA BELZCON/CLIENTE ☐ | | | | | | | | | | |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

| MANOS | CANT | MANOS | CANT | CASCO ☒ BARBUQUEJO ☐ CANT | COLOR | GAFAS CLARA | GAFAS OSCURA | TAPA OÍDOS INSERCIÓN | TAPA OÍDOS COPA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAQUETA | 1. | CAUCHO | | | | | | | | |
| CARNAZA (SOLDAR) | | NITRILO | | 1 | Amr. | | | | | |

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

| ENTREGA | RECIBE |
|---|---|
| NOMBRE Angélica María Cruz Gil | NOMBRE Manuel Antonio Gómez |
| FIRMA | FIRMA Y CEDULA 80131260 |

Powered by CamS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.087.205.329**

**OCAMPO QUIÑONES**

APELLIDOS

**OSCAR DUVAN**

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1996**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.78** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**M** SEXO

**30-MAY-2014 TUMACO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500160-01290570-M-1087205329-20220414 0078789861A 1 8504381939

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| OSCAR DUVAN OCAMPO QUIÑONES | C.C. | 1,087,205,329 | 08/03/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Tuesday March 7 2023 a las 4:22:43 PM**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**



449

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009820431

9009820431

No. de Radicación: 25790373

Fecha de Radicación: 07 03 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| OCAMPO | QUIÑONES | OSCAR | DUVAN |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1087205329 | Femenino [ ] Masculino [X] | 18 03 1996 |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | | | | | |
| | | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | | | |

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 del documento de 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 de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| HA CIVILES SAS | NIT | 901528981 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 77 C 64 A SUR 06 | 8194933 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Otro ente 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 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | | 07 03 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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no afiliación de oficio 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 afiliación 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 lo 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

| Firma del cotizante o cabeza de familia | Firma del representante legal o apoderado cuando aplique |
|---|---|
| | |

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **OCAMPO QUIÑONES OSCAR DUVAN** identificado(a) con **CC** número **1.087.205.329** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de octubre de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de marzo de 2023.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

202303071623

451

Bogotá DC. 7 de Marzo de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 7/3/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 1087205329 | | |
| Nombres y Apellidos | OSCAR DUVAN | OCAMPO | QUIÑONES |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 | | |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS | | |
| Código Sucursal | 0 | | |
| Código Centro de Costo | 0 | | |
| Fecha de Ingreso Empresa | 7/3/2023 | | |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 7/3/2023 | | |
| Cargo | AYUDANTE | | |
| Horas Labor Mes | 240 | | |
| Sueldo básico | $ 1160000 | | |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14

IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

452

# NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

# UMED LTDA. I.P.S.

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

NIt: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salu
Lic. de Prestación de Servicios en
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Se



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 85225

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA : 8/03/2023 HORA:9:3** | | | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** | | |
| NOMBRES: OSCAR DUVAN OCAMPO QUIONES | | | DOCUMENTO: 1087205329 | | EDAD: 26 GENERO: M |
| Empresa: HA CIVILES S.A.S | | | Cargo: AYUDANTE | | Tel: 3142380779 - |

**EXAMENES LABORALES REALIZADOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | SI | | Respiratorio | SI | |
| Espirometria | NA | | Dermatologia | SI | |
| Audiometria | NA | | Osteomuscular | SI | |
| Visiometria | NA | | Cardiovascular | SI | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicología Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

**LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Uñas | NA | |
| Triglicéridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

**CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Apto Para Trabajos en Alturas** | NA | **Apto Para Trabajos en espacios Confinados** | NA |
| **Apto Para el cargo sin Restricciones** | SI | **Aplazado** | NA |
| **Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo** | NA | **No Apto Para Este Cargo** | NA |
| **Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel** | NA | | |
| **Examen PERIODICO Satisfactorio** | NA | **Examen de EGRESO Satisfactorio** | NA |

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

**RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| Pausas Activas | SI | Control Optometrico Periodico | NA | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | SI | Uso de Lentes Permanentes | NA | Valoración y Manejo en IPS | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Físico | NA |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | NA | Control Médico Ocupacional Anual | SI |
| | | | | | NA |

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

**CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)**

**He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído, comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.**

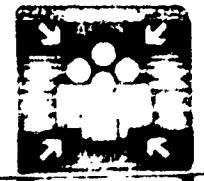
**CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO**
**LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19**
**Medico Especialista en Salud Ocupacional**

**Firma Trabajador**

**C.C. No**

Dr. Camilo Velásquez Velasco
Médico Laboral
RM. 4587
Res. 7058 de 16/08/2019

| Belzcon Construcción Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

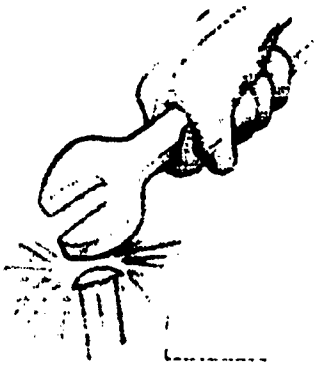
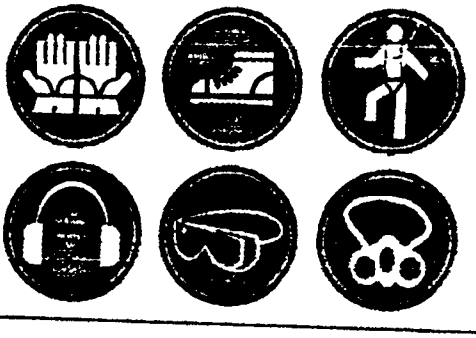
| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | 22 | |  ✓ |
| 24. ADVERTENCIA | 21 | |  ✓ |

## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

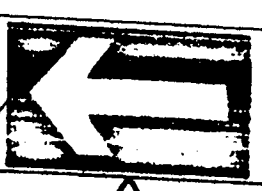
| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | X | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | X | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | X | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | X | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar **nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.** | Calificación total | 50 AL |

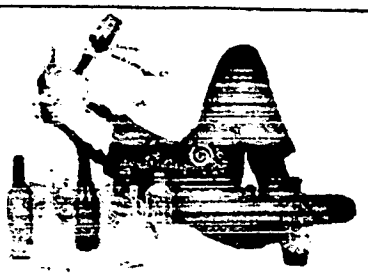
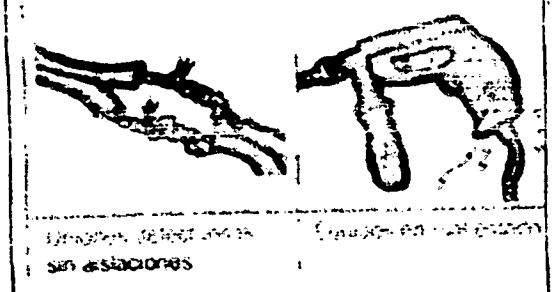
| Belzcon Construccion Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO. |  | ✓ | X |
| **17.** Estos no son elementos de protección personal. |  | X | ✓ |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | ✓ | X |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | ✓ | X |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo. | | ✓ | X |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | 23 | ✓  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | 24 |  |

| Belzcon Construccion Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| 12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | ✓ |
| 13. Estos son peligros físicos. |  | ✓ | X |
| 14. Estos son peligros de seguridad. |  | ✓ | X |
| **MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO** | | **Falso** | **Verdadero** |
| 15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | X | ✓ |

| Belzcon Construccion Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

**5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:**

X **a.** Encontramos los integrantes del COPASST.
**b.** Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
**c.** Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

**6.** Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

**a.** Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
**b.** Que tome licor en mi jornada laboral.
X **c.** Estimular actos inseguros.

**7.** Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

**a.** Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
X **b.** Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
**c.** Documentar quien no lee los procesemos.

**8.** Reglamento interno de trabajo de se debe:

**a.** Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
X **b.** En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
**c.** En los baños de los hombres.

**9.** Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

X **a.** Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
**b.** Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
**c.** Donde puedo correr en las instalaciones.

**10.** Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

**a.** Por escrito al área de Gestión Humana.
**b.** De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
X **c.** De forma verbal a mi jefe directo.

**11.** El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

X **a.** Si
**b.** No
**c.** Depende de la ARL

| Bezcon Construcción Proactiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

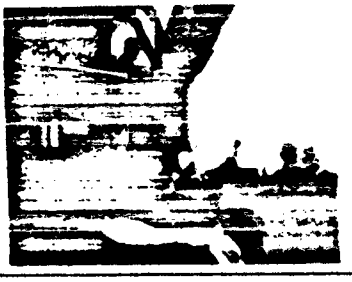
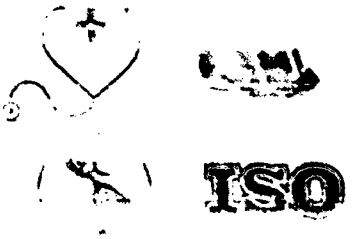
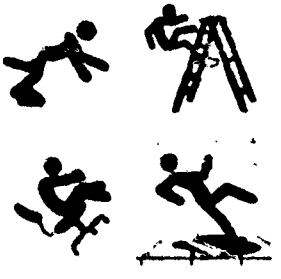
FECHA: 08-03-2023 CIUDAD Bogotá CEDULA: 1037205329

NOMBRE: Oscar Dilan Ocampo Quintero

CARGO: Ayudante INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACIÓN DEL TEMA

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| 1. PELIGRO | ✓ |  |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) | ✓ |  |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD | ✓ |  |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) | ✓ |  |

| | | |
|---|---|---|
| BELZCON | **NOTIFICACIONES DE RIESGO** | BLZC -FR-SST-29<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: oscar ocampo | CEDULA: 1087205329 | CARGO: AYUDANTE | RH: O+ |
| DIRECCIÓN: calle 20 cra 45 04 | TEL/CEL: 3142380779 | LOCALIDAD: SAN CRISTOBAL | EDAD: 26 |
| FECHA DE NACIMIENTO: 19 - mar - 1996 | SUMINISTRO DE MANO DE OBRA: | CORREO: | |
| ARL: POSITIVA | EPS: FAMISANAR | AFP: PROTECCION | |
| FECHA DE EXAMENES MÉDICOS: | RESTRICCIONES MÉDICAS: ¿SI | NO ✓ | CUÁL? |
| NOMBRE Y TEL. DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: | ALERGIAS: ¿SI | NO ↓ | CUÁL? |
| FIRMA EMPLEADO: | FECHA: 08 - 03 - 2023 | | |

| | NOTIFICACIONES DE RIESGO | BLZC -FR-SST-29<br>VERSIÓN 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |
|---|---|---|

emergencia.

- X • Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- X • En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- X • Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- X • Se prohibe fumar en los frentes de obra.
- X • Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- X • Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- X • Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- X • Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- X • Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadania.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Oscar Luis Ortiz identificado con la C.C. Nº 1087205329 de _____ conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 03/03/2023 en la ciudad de Bogotá.

AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras. | | |
| X | • **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías. | X | • **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera) |
| | | | |

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- **Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas**
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- **Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y** Salud en el Trabajo de la empresa.
- **Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos** latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- **Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en** el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- **Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso** peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- **La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que** conoce su funcionamiento.
- **Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.**
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las **condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.**
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- **Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el** personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- **Está prohibido tener combustible en el frente de obra.**
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la **actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal** asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- **Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de**

| | | |
|---|---|---|
| | **NOTIFICACIONES DE RIESGO** | BLZC -FR-SST-29<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | |
|---|---|
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA |

**DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:

**Casco** ✓ **Protector Auditivo** ✓ **Botas de Seguridad (Material y/o Caucho)** ✓ **Gafas de Seguridad** ✓ Guantes de carnaza ✓ Guantes de Caucho ✓ Overol (Tela /jean) ✓ Respirador y/o Tapabocas ✓ **Capa Impermeable.**

RIESGOS EXISTENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia y | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

| | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |
|---|---|---|

**Bogotá 8 de marzo 2023**

**Señor(a): OCAMPO QUIÑONES OSCAR DUVAN**
CC.: 1.087.205.329
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
**La Ciudad**

**Por medio de la presente la empresa HA CIVIL, se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de ingreso, realizado el día 08 de marzo 2022, en su IPS EL DIVINO NIÑO, como cargo AYUDANTE DE OBRA, a lo cual usted se debe comprometer a dar cumplimiento y en el debido caso dar entrega de las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.**

**Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.**

**APTO PARA ALTURAS SI () NO () NO APLICA (X)**

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

**RECOMENDACIONES:**

1. **Higiene Postural**
2. **Pausas Activas**
3. **Control médico ocupacional anual**

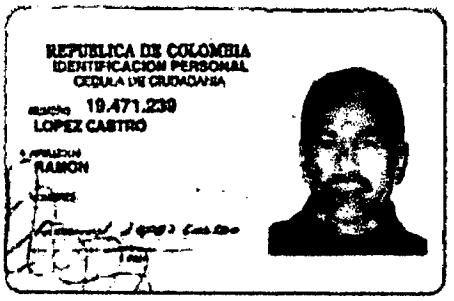
**FIRMA RESPONSABLE SGSST**

CC. 52901081

**EL TRABAJADOR**

CC. 1087205329

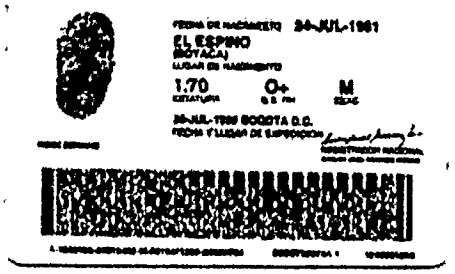
463



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

19.471.239
LOPEZ CASTRO

RAMON



FECHA DE NACIMIENTO 24-JUL-1961
EL ESPINO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-JUL-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RAMON LOPEZ CASTRO | C.C. | 19,471,239 | 02/03/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 01 de marzo de 2023 a las 01:20:31 p.m.**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

465

| No de Radicacion |
|---|
| 4009893567 |



## 8. 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
- ☒ 8. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 9. 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 identidad | Número documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42.Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | | 0\|1\|0\|3\|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 Contributivo,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 información 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 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 electronico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| | |
|---|---|
| Ramon Lopez | |
| 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |

## NEXOS

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 consista la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

Observaciones

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

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**SaludTotal** EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4009893567 | 0\|2\|0\|3\|2\|0\|2\|3 |

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

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | | 3.Regimen |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | B. Colectiva ☐ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ |
| **4. Tipo de afiliado** | **5. Tipo de cotizante** | | **Codigo** (a registrar por la EPS) T |
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | | |

**A. AFILIACIÓN**

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

| pellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| LOPEZ (Primer apellido) | CASTRO (Segundo apellido) | RAMON (Primer nombre) | (Segundo nombre) |
| **7.Tipo documento de identidad** | **8.Número del documento de identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 19471239 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 2\|4\|0\|7\|1\|9\|6\|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**

| TV 53 74 12 Dirección | Telefono fijo | 3142754845 Telefono celular | HACIVILESSAS@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 | | | | |

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

Datos complementarios

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

| 32. Datos de residencia | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Municipio/Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Seleccion de la IPS Primaria

| 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS 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 documnto de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| HA CIVILES S A S | NIT | 901528981 | 01 |

**39.Ubicación**

| CR 77 C 64 A 06 SUR Dirección | 8194933 Teléfono | HACIVILSAS@GMAIL.COM Correo electrónico | BOGOTA Municipio/distrito | BOGOTA Departamento |
|---|---|---|---|---|



467

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**RAMON LOPEZ CASTRO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.471.239**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Marzo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Bogotá DC. 1 de Marzo de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 1/3/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 19471239 |
| Nombres y Apellidos | RAMON LOPEZ CASTRO |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 1/3/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 1/3/2023 |
| Cargo | oficial |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5802-14

IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

469

# MEDIPRO IPS
## SALUD OCUPACIONAL
NIT. 830.592.359-3

# CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL - INGRESO
## PARA TRABAJO EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS

N 300/3942

| | |
|---|---|
| FECHA: | 06 DE MARZO DEL 2023 |
| NOMBRE: | RAMON LOPEZ CASTRO |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 19.471.239 |
| EMPRESA: | HA CIVILES SAS 901528981-6 |
| CARGO: | OFICIAL DE OBRA -EPS-SALUD TOTAL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXÁMEN DE INGRESO | X | | |
| EXÁMEN DE EGRESO | | | |
| EXÁMEN PERIÓDICO | | | |
| EDAD | 61 | R.H. | O+ |
| PESO | 75 | SEXO | M |



## RESULTADOS EXÁMENES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| ESPIROMETRÍA | SI | OK |
| AUDIOMETRÍA | SI | OK |
| VISIOMETRÍA | SI | OK |
| ELECTROCARDIOGRAMA | SI | OK |
| PSICOLÓGICO | SI | OK |
| RADIOLOGÍA | [redacted] | |
| VACUNAS | SI | OK |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | |
|---|---|---|
| CUADRO HEMÁTICO IVG | | |
| SEROLOGÍA | SI | OK |
| GLICEMIA | SI | OK |
| COLESTEROL | SI | OK |
| TRIGLICERIDOS | SI | OK |
| PARCIAL DE ORINA | SI | OK |
| SODIO | | |
| POTASIO | | |
| PLOMO | | |

| |
|---|
| FROTIS FARÍNGEO/CON CULTIVOS |
| KOH UÑAS |
| PRUEBA DE EMBARAZO |
| HEMOCLASIFICACIÓN |
| TSH |
| AMILASA |
| BACILOSCOPIA |

*IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA A la fecha hacemos constar que el trabajador fué examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes:*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| [redacted] | SI | APTO CON RESTRICCIÓN | NO APTO | APLAZADO |
| [redacted] | SI | CONCEPTO | | |

## RECOMENDACIONES

| | | |
|---|---|---|
| 1. [redacted] | SI | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y EN ESPACIOS CONFINADOS |
| 2. [redacted] | SI | |
| 3. [redacted] | SI | |

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020.

### *CONSENTIMIENTO INFORMADO*

*He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del exámen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son verdaces y completas. Entendiendo que en este proceso es voluntario y libre de toda coherción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas. Fui informado de las medidas que el Profesional de Salud Ocupacional de MEDIPRO tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, las autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad ¿, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la empresa ; de los cuales recibiré los resultados y asegura estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.*

Edgardo Alberto Pinillos

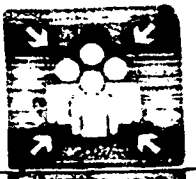
**Dr. Edgardo Alberto Pinillos**
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 1906-2021

Ramon Lopez Castro
C.C. 19471239

*Declaración de CONFIDELIDAD: El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En Concordancia Con la Resolución 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnosticos clínicos en este documento.*

470

| Belzoon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

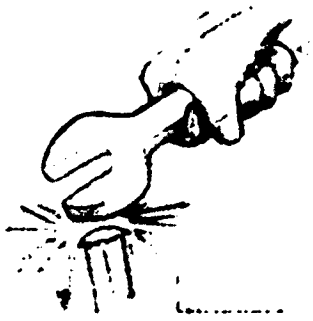
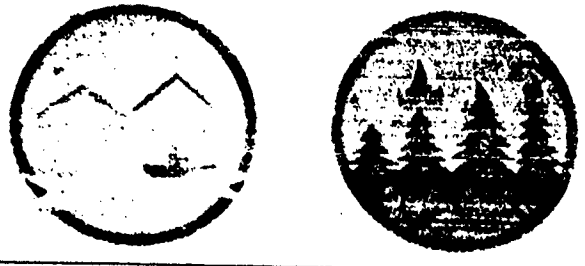
| | | |
|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | 22 ✓ |  |
| 24. ADVERTENCIA | 21 ✓ |  |

## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

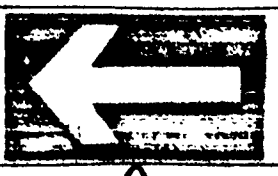
| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | ✓ | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | ✓ | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | ✓ | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0. de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe. | Calificación total | 45 |

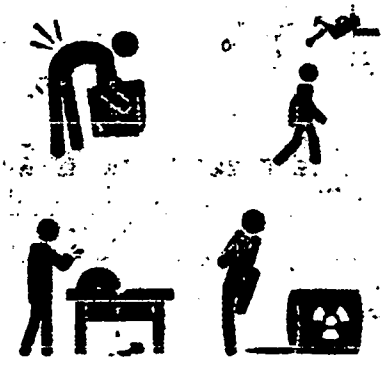
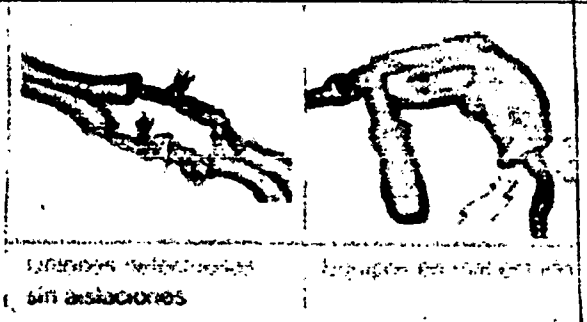
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | F | V |
|---|---|---|---|
| 16. El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO. |  | X | |
| 17. Estos no son elementos de protección personal. |  | X | |
| 18. Estos son peligros naturales |  | (X) | X |
| 19. Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | (X) | X |
| 20. En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo. | | (X) | X |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| 21. EQUIPO CONTROL FUEGO | 23 |  |
| 22. PUNTO DE ENCUENTRO | 24 |  |

| Belzcon Construcción Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| 12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | ✓ |
| 13. Estos son peligros físicos. |  | ✓ | X |
| 14. Estos son peligros de seguridad. |  | ✓ | X |

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| 15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | X | ✓ |

| Belzcon Construcción Preventivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quién no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

474

| Belzoon Construcción Responsable | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

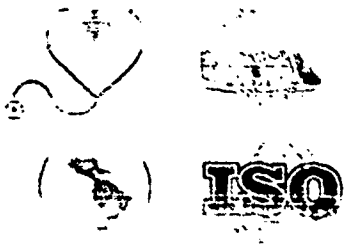
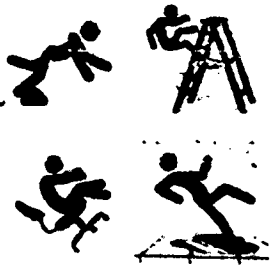
FECHA: 03 03 · 2023 CIUDAD: Bogotá CEDULA: 1947 1234

NOMBRE: Ramón López Castro

CARGO: Oficial. INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACIÓN DEL TEMA

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | |
|---|---|
| 1. PELIGRO |  |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) |  |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD |  |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) |  |

475

se requiera movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y ubicarlas en el lugar correspondiente.

- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Ramiro Lopez identificado con la C.C. Nº 1947239 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OFICIAL DE OBRA, la cual se firma el día 03/03/23 en la ciudad de Bogotá.

OFICIAL DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

476

| | | | |
|---|---|---|---|
| | desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras. | | |
| X | • **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías. | X | • **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera) |

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal capacitado para esta labor.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Dar uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales (palas, picas, barras, etc.), terciarlas cuando

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| BLZC | **NOTIFICACIONES DE RIESGO** | BLZC -FR-SST-29<br>VERSIÓN: 01<br>**PÁG. 1 de 4**<br>01/12/2022 |

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | |
|---|---|
| CARGO: | OFICIAL DE OBRA |

**DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección **personal que debe utilizar.**

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:
**Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela y/o PVC) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.**

RIESGOS EXISTENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, **taladro, canguro, martillo,** herramientas manuales de impacto, etc.<br>• **Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).**<br>• **Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.** | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• **Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cuaiitativas de la labor).**<br>• **Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).**<br>• **Condiciones de la tarea (carga mental,** demandas emocionales, sistemas de **control).**<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, **descansos).** |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• **Tecnológico, Explosión por presiones.**<br>• MECÁNICO Elementos o partes de **herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.**<br>• Objetos del entorno y manejo diario **(herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).**<br>• Eléctrico, **baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,**<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• **LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.**<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia y | X | • FENÓMENO NATURAL: **Inundación**<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del **proyecto geográficamente.**<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias **Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).**<br>• **Factores climáticos y del medio ambiente.**<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, **atentados, asonadas.** |

Belzcon

# ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

| FECHA | | | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | PROYECTO/OBRA |
|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | DÍA | | | |
| 2023 | 03 | 03 | Ramón López | Oficial | IDRD |

## DOTACIÓN

| MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR | CANT | SUPERIOR TALLA | SUPERIOR COLOR | CANT | INFERIOR TALLA | INFERIOR COLOR | OBSERVACIONES | MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACION DE PIES A ENTREGAR | CANT | TAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARNAZA (SOLDAR) ☐ | | | | | | | | BOTAS DIELÉCTRICAS ☒ | 1 | 4 |
| OVEROL ☒ | 1 | 40 | Pego Nego | | | | | BOTAS DE SOLDADOR ☐ | | |
| JEAN ☐ | | | | | | | | BOTAS CAUCHO ☐ | | |
| IMPERMEABLE ☐ | | | | | | | | OTRO: ☐ | | |
| OFICINA/SERV GENERALES ☐ | | | | | | | | | | |
| CHAQUETA BELZCON /CLIE... ☐ | | | | | | | | | | |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

| MANOS | CANT | MANOS | CANT | CASCO ☒ BARBUQUEJO ☐ CANT | CASCO COLOR | GAFAS CLARA | GAFAS OSCURA | TAPA OÍDOS INSERCIÓN | TAPA OÍDOS COPA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAQUETA | 1 | CAUCHO | | | | | | | | |
| CARNAZA (SOLDAR) | | NITRILO | | 1 | Am | 1 | | 1 | | |

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal.

| ENTREGA | RECIBE |
|---|---|
| NOMBRE: Angélica María Cuervo G. | NOMBRE: Ramón López |
| FIRMA: | FIRMA Y CEDULA: 1947839 |



Powered by CamS

| | | |
|---|---|---|
| | **NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS** | BLZC-FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 6<br>01/12/2022 |

Señor(a): LOPEZ CASTRO RAMON
CC.: 19.471. 239
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **HA CIVIL**, se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de ingreso, realizado el día 01 de marzo 2022, en su IPS **MEDIPRO**, como cargo OFICIAL DE OBRA, a lo cual usted se debe comprometer a dar cumplimiento y en el debido caso dar entrega de las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.

**APTO PARA ALTURAS SI (X) NO () NO APLICA ()**

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

**RECOMENDACIONES:**

7. Higiene Postural
8. Pausas Activas
9. Ergonomía en el puesto de trabajo
10. Control de optometría
11. **Uso de lentes permanentes**
12. Estilos de vida saludable
13. Control médico ocupacional anual
14. **Doble protección auditiva en áreas superiores a los niveles permisibles**

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**
CC. 52901081
Bogotá 8 de marzo 2023

**EL TRABAJADOR**
CC. 19471239

480

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.512.562**
**PAMPLONA VELA**

APELLIDOS
**JHON FREDY**

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1990**
**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**09-ENE-2009 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1503150-00-89108-M-1024512562-20110406 0026555407A 1 1341223826

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| JHON FREDY PAMPLONA VELA | C.C. | 1,024,512,562 | 08/03/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Tuesday March 7 2023 a las 9:30:41 AM**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

482

## 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 | salud eps

| | 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? | ☑ | ☐ |
| ¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico? SI: ☑ Correo electrónico: raklanjhon@gmail.com NO: ☐ | | |
| Me comprometo a consultar en www.compensar/salud | ☑ | ☐ |

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

**Firma del afiliado:** JHON FREDY PAMPLONA VELA

**No. Identificación:** 1024512562

**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
07 MAR 2023
COD. 282 EDWIN ANDRES ACOSTA RODRIGUEZ
SUJETO A VERIFICACION

Huella

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de Salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal según lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: www.compensar.com en el link políticas de privacidad y condiciones de uso; 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.
- Actualizar la información de contacto en las bases de datos de Compensar con la información de contacto registrada ante las Centrales de Información Financiera y Operadores.
- 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 salud; Información sobre la cual en cualquier momento podré ejercer mis derechos de Habeas Data (Actualizar, Revocar, Suprimir, Conocer), para solicitar que no se me envié 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 y/o menores de edad con la Caja y EPS para los fines relacionados con las funciones propias de Compensar.

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 y suprimir mis datos personales, entre ellos el formulario web https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos además manifiesto expresamente que conozco y se dónde consultar la información sobre protección de datos personales de Compensar, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

La protección de datos personales en Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y así mismo, 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.

**Firma del afiliado:** JHON FREDY PAMPLONA VELA **No. Identificación:** 1024512562

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

4'83

**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: 07/ 03/ 2023

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | PAMPLONA | VELA | JHON | FREDY |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo Femenino | Masculino | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1024512562 | ○ | ◉ | 15/12/1990 |

**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 | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | AXA COLPATRIA | PORVENIR |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | |
|---|---|---|---|
| 1.160.000 | CR 77 C 63 A 96 SUR | | 3114827523 |

| | | Zona Urbana ◉ Rural ○ | |
|---|---|---|---|
| raklanjhon@gmail.com | SOACHA | | 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 | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 | H | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | |
| B2 | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | |
| B3 | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | |
| B4 | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | |
| B5 | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | |

**Selección de la IPS Primaria**

| | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| Cot. | CENTRO MEDICO SAOCHA | 1051 |
| B | | |
| 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 | | 36. Tipo de documento de identificación |
|---|---|---|
| HA CIVILES S.A.S | | NIT |

| 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|
| 901.528.981 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 77 C 64 A SUR 06 | 8194933 | hacivilessas@gmail.com | BOGOTA | BOGOTA |

**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 07 / 03 / 2023 |
| | | | | | |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.* | 5 | |

**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**

| | |
|---|---|
| JHON FREDY PAMPLONA VELA | ALEXANDER HUERTAS SANCHEZ |

**IX. ANEXOS**

58. 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 | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario | |
| | | | |

OBSERVACIONES: traslado por cobertura

Mes de Aporte Abril 2023

07 MAR 2023
COD. 282 EDWIN ANDRES ACOSTA RODRIGUEZ
SUJETO A VERIFICACIÓN

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

VIGILADO Supersalud

VIGILADO Supersubsidio

484

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JHON FREDY PAMPLONA VELA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.512.562**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 7 de Marzo 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.

485

Bogotá DC. 7 de Marzo de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 7/3/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 1024512562 |
| Nombres y Apellidos | JHON FREDY PAMPLONA VELA |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 7/3/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 7/3/2023 |
| Cargo | AYUDANTE |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

NO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

**UMED LTDA. I.P.S.**

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional - Cursos - Alturas

# CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 85155

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA : 07/03/2023 HORA:7:43** | | | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** | | |
| NOMBRES: JHON FREDY PAMPLONA VELA | | | DOCUMENTO: 1024512562 | EDAD: 32 GENERO: M | |
| Empresa: HA CIVIL S.A.S | | | Cargo: AUXILIAR DE OBRA | Tel: 3114827523 | |

## EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | Si | | Respiratorio | Si | |
| Espirometria | NA | | Dermatologia | Si | |
| Audiometria | NA | | Osteomuscular | Si | |
| Visiometria | NA | | Cardiovascular | Si | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicologia Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

## LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Uñas | NA | |
| Triglicéridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

## CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Apto Para Trabajos en Alturas** | NA | | **Apto Para Trabajos en espacios Confinados** | | NA |
| **Apto Para el cargo sin Restricciones** | | Si | **Aplazado** | | NA |
| **Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo** | | NA | **No Apto Para Este Cargo** | | NA |
| **Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel** | | NA | | | |
| **Examen PERIODICO Satisfactorio** | NA | | **Examen de EGRESO Satisfactorio** | | NA |

## RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | Si | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| Pausas Activas | Si | Control Optometrico Periodico | NA | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | Si | Uso de Lentes Permanentes | NA | Valoración y Manejo en IPS | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | Si | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Físico | NA |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | Si | Control Médico Ocupacional Anual | Si |
| | | | | | NA |

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

## CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

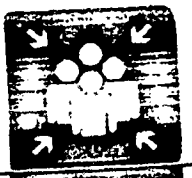
**He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.**

| | |
|---|---|
| NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ<br>LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019<br>Medico Especialista en Salud Ocupacional | **Firma Trabajador**<br>C.C. No 2058 |

Nestor Garzon Rodriguez
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia No. 6660 de 30/07/2019

487

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

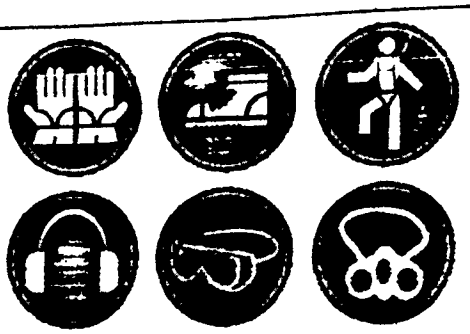
| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | 22. | ✓ |  |
| 24. ADVERTENCIA | 21. | ✓ |  |

## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

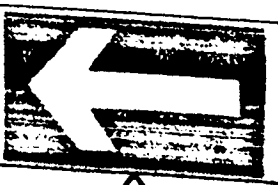
| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | ✓ | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | ✓ | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | ✓ | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | ✓ | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

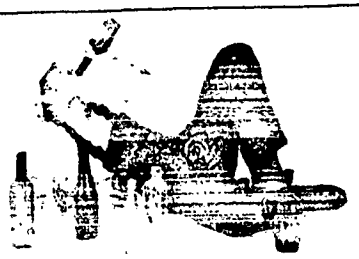
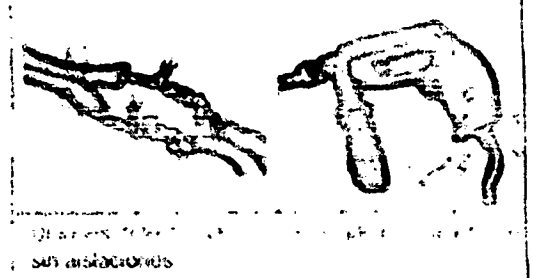
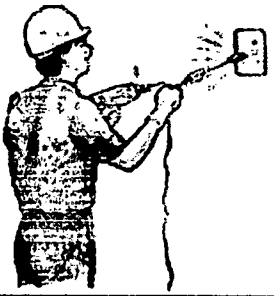
Calificación total: 45

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO. |  | ✓ | X |
| **17.** Estos no son elementos de protección personal. |  | (X) → X ✓ | |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | (X) | X ✓ |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | (X) | X ✓ |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo. | | (X) | X ✓ |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | 23 | ✓  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | 24 | ✓  |

| Belzcon Construccion Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| 12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | ✓ |
| 13. Estos son peligros físicos. |  | ✓ | X |
| 14. Estos son peligros de seguridad. |  | | X ✓ |
| **MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO** | | **Falso** | **Verdadero** |
| 15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | X | ✓ |

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto;

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL



Powered by CamS

| Berzcon Construccion Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

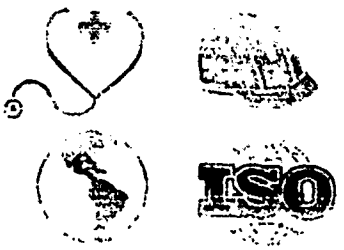
FECHA: 08-Marzo-23. CIUDAD: Bogotá Dc CEDULA: 1.024512.562.

NOMBRE: Jhon Fredy Pamplona Vela

CARGO: Auxiliar. INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACIÓN DEL TEMA

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | |
|---|---|
| 1. PELIGRO |  |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) |  |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD |  |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) |  |

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Jhon Fredy Pamplona Vela identificado con la C.C. Nº 1.024.513. de Bogotá. conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 08/03/2023 en la ciudad de Bogotá.

Jhon F. Pamplona Vela.
AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

493

| | | | |
|---|---|---|---|
| | desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras. | | |
| X | • **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías. | X | • **QUÍMICOS:** Polvo orgánico inorgánico (polución por cercanía a carretera) |
| | | | |

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- **Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas**
- **Procurar el cuidado integral de su salud**
- **Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.**
- **Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.**
- **Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST**
- **Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.**

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- **Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.**
- **Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.**
- **La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.**
- **Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.**
- **Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.**
- **El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.**
- **Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.**
- **Está prohibido tener combustible en el frente de obra.**
- **Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.**
- **Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de**

494

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA | | |
| **DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar. | | | |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:<br>**Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad –** Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – **Capa Impermeable.** | | | |
| RIESGOS EXISTENTES | | | |
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia y | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

Angelica Maria Cuervo Gil | Yonier 1094712207

| | | |
|---|---|---|
| BELZCON Protectiva | **ENTREGA DE DOTACIÓN** | BLZC-FR-SST-08<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |

| FECHA | | | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | PROYECTO/OBRA |
|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | DÍA | | | |
| 2023 | 03 | 08 | Jhon Fredy Pamplona | Ayudante. | 1020 |

**DOTACIÓN**

| MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR | CANT | SUPERIOR TALLA | SUPERIOR COLOR | CANT | INFERIOR TALLA | INFERIOR COLOR | OBSERVACIONES | MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR | CANT | TALLA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CHALECO REFLECTIVO ☐ | | | | | | | | BOTAS DIELÉCTRICAS ☒ | 1 | 40 |
| OVEROL ☒ | 1 | 40 | Rojo Negro | | | | | BOTAS DE SOLDADOR ☐ | | |
| JEAN ☐ | | | | | | | | BOTAS CAUCHO ☐ | | |
| IMPERMEABLE ☐ | | | | | | | | OTRO: ☐ | | |
| OFICINA/SERV. GENERALES ☐ | | | | | | | | | | |
| CHAQUETA BELZCON/CLIENTE ☐ | | | | | | | | | | |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

| MANOS | CANT | MANOS | CANT | CASCO ☐ BARBUQUEJO ☐ CANT | CASCO COLOR | GAFAS CLARA | GAFAS OSCURA | TAPA OÍDOS INSERCIÓN | TAPA OÍDOS COPA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAQUETA | 1 | CAUCHO | | | | | | | | |
| CARNAZA (SOLDAR) | | NITRILO | | 1 | | 1 | | 1 | | |

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

| ENTREGA | RECIBE |
|---|---|
| NOMBRE Angélica María Cuervo Gil | NOMBRE Jhon Fredy Pamplona Vela |
| FIRMA | FIRMA Y CEDULA Jhon Fredy Pamplona Vela |

Powered by CamS

| | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 6<br>01/12/2022 |
|---|---|---|

**Bogotá 9 de marzo 2023**

**Señor(a): PAMPLONA VELA JHON FREDY**
CC.: 1.024.512.562
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
**La Ciudad**

**Por medio de la presente la empresa HA CIVIL, se permite notificar las recomendaciones médicas** ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de ingreso, realizado el día 01 de **marzo 2022, en su IPS EL DIVINO NIÑO, como cargo AUXILIAR DE OBRA, a lo cual usted se debe comprometer a dar cumplimiento y en el debido caso dar entrega de las evidencias necesarias para** el seguimiento a dichas recomendaciones.

**Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la** implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.

**APTO PARA ALTURAS SI (X) NO () NO APLICA ()**

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

**RECOMENDACIONES:**

1. Higiene Postural
2. **Pausas Activas**
3. Ergonomía en el puesto de trabajo
4. Uso de EPP
5. **Estilos de vida saludable**
6. Control médico ocupacional anual

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**
CC. 52901081.
Bogotá 9 de marzo 2023

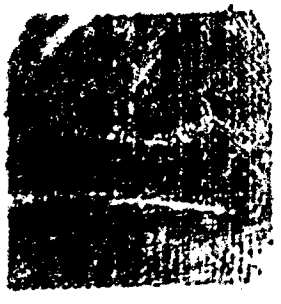
**EL TRABAJADOR**
CC. 1024512562 Bta

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

79.976.899
BUITRAGO DELGADO

RICARDO

Ricardo Buitrago



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1950
NEIRA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

24-AGO-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2912700-00169077-M-0079976899-20000813 0014802322A 1 32190677

498

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RICARDO BUITRAGO DELGADO | C.C. | 79,976,899 | 10/03/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 09 de marzo de 2023 a las 01:41:35 p.m.**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

499

| No de Radicacion |
|---|
| 4009933892 |



## 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
- ☒ 8. 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 ☐ | | 0\|9\|0\|3\|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 Contributivo,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 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 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 |
|---|---|
| Ricardo Bontrago | |

## 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 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 SISBEN Número ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validacion**

| 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, así como la veracidad de las demás información registrada.**



500

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4009933892 | 0\|9\|0\|3\|2\|0\|2\|3 |

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

| 1.tipo de tramite | 2. Tipo afiliacion | 3.Regimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ |
| **4. Tipo de afiliado** | **5. Tipo de cotizante** | **Codigo** (a registrar por la EPS) 1 |
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| BUITRAGO (Primer apellido) | DELGADO (Segundo apellido) | RICARDO (Primer nombre) | (Segundo nombre) |
| **7.Tipo documento de identidad** | **8.Número del documento de identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 79976899 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 1\|6\|0\|6\|1\|9\|8\|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 |
|---|---|---|
| AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A | PROTECCION | 1160000 |

**18.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 54D BIS 91C 05 SUR | | 3143358288 | RICARDOBUITRAGO@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 | | | |

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

Datos complementarios

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

**32. Datos de residencia**

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS KENNEDY - VS KENNEDY | VSKENNED - VSKENNED |
| 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 documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| HA CIVILES S A S | NIT | 901528961 | 01 |

**39.Ubicación**

| Dirección | Teleéfono | Correo electrónico | Municipio/distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CR 77 C 64 A 08 SUR | 8194933 | HACIVILSAS@GMAIL.COM | BOGOTA | BOGOTA |

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **BUITRAGO DELGADO RICARDO** identificado(a) con **CC** número **79.976.899** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de marzo de 2023.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

2023030913424

502

Bogotá DC. 9 de Marzo de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 9/3/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 79976899 |
| Nombres y Apellidos | RICARDO BUITRAGO DELGADO |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 9/3/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 9/3/2023 |
| Cargo | AYUDANTE |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia [illegible]
Lic. de Prestación de Servicios en [illegible]d en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secr[illegible]



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 85293

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA : 9/03/2023 HORA:12:15** | | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** | |
| NOMBRES: RICARDO BUITRAGO DELGADO | | DOCUMENTO: 79976899 | EDAD: 42 GENERO: M |
| Empresa: HA CIVILES S.A.S | | Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Tel: 3143358288 - |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | SI | | Respiratorio | SI | |
| Espirometria | NA | | Dermatologia | SI | |
| Audiometria | NA | | Osteomuscular | SI | |
| Visiometria | NA | | Cardiovascular | SI | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicología Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Uñas | NA | |
| Triglicéridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto Para Trabajos en Alturas | NA | Apto Para Trabajos en espacios Confinados | NA |
| Apto Para el cargo sin Restricciones | SI | Aplazado | NA |
| Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo | NA | No Apto Para Este Cargo | NA |
| Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel | NA | | NA |
| Examen PERIODICO Satisfactorio | NA | Examen de EGRESO Satisfactorio | NA |

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| Pausas Activas | SI | Control Optometrico Periodico | NA | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | SI | Uso de Lentes Permanentes | NA | Valoración y Manejo en IPS | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Físico | NA |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | | Control Médico Ocupacional Anual | SI |
| | | | | | NA |

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

**CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)**

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas. Fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de Umed LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Pago correspondiente. Manifiesto que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Firma Trabajador

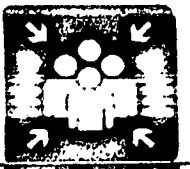
C.C. [illegible]

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7056 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Dr. Camilo Velázquez Velasco
Médico Laboral
R.M. 4587
Res 7402 de 27/08/2019

504

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

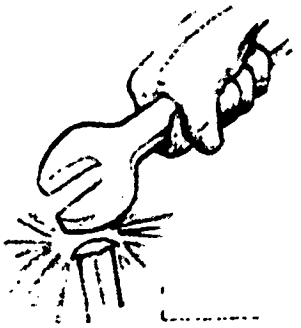
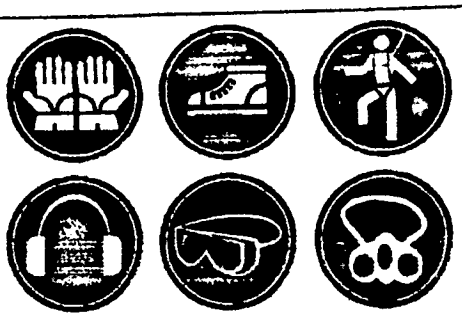
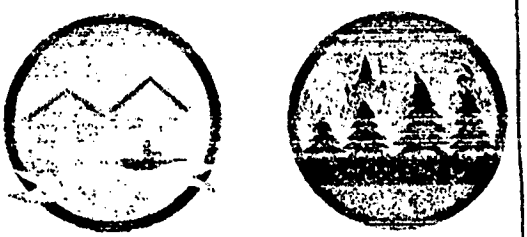
| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | ✓ | 22 |  |
| 24. ADVERTENCIA | / | 21 |  |

## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

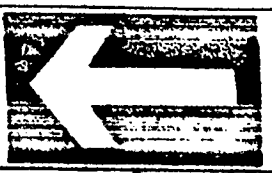
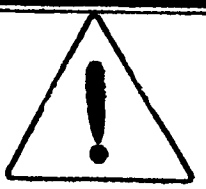
| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total 5.0

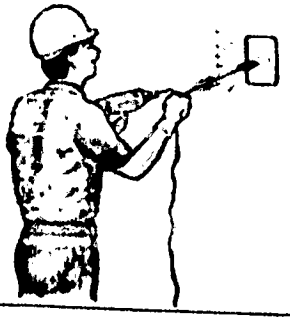
| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO. |  | (X) | X |
| **17.** Estos no son elementos de protección personal. |  | X | ✓ |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | ✓ | X |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | ✓ | X |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo. | | ✓ | X |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | ✓ 23 |  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | ✓ 24 |  |

FECH
23

| Belzcon Construccion Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| **12.** No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | ✓ |
| **13.** Estos son peligros físicos. |  | ✓ | X |
| **14.** Estos son peligros de seguridad. |   | ✓ | X |
| **MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO** | | **Falso** | **Verdadero** |
| **15.** El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | X | ✓ |

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

**5. En la Politica de Seguridad y Salud en el trabajo:**

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
a. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

| Belzcon Construccion Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

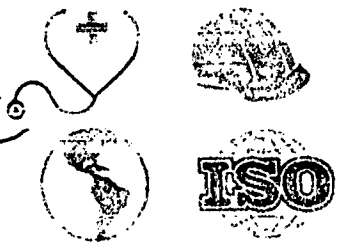
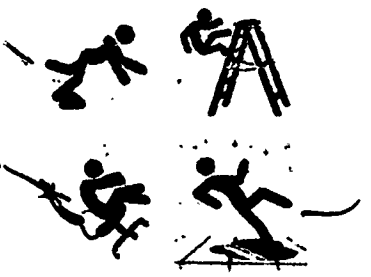
FECHA: 9 03223 CIUDAD: Bogota CEDULA: 79926599

NOMBRE: Ricardo Beltrago

CARGO: ayudante INDUCCIÓN si REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACIÓN DEL TEMA

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| 1. PELIGRO | |  |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) | |  |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD | |  |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) | |  |

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario; asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Ricardo B identificado con la C.C. Nº 7996599 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 9 10 3 22 en la ciudad de Bogotá.

Ricardo B
AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

5-10

| | | | |
|---|---|---|---|
| | desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras. | | |
| X | • **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías | X | • **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera) |
| | | | |

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- **Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas**
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- **Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y** Salud en el Trabajo de la empresa.
- **Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos** latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- **Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en** el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- **Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso** peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- **La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que** conoce su funcionamiento.
- **Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.**
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las **condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.**
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- **Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el** personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- **Está prohibido tener combustible en el frente de obra.**
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la **actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal** asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- **Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de**

511

| | | |
|---|---|---|
| belzcon | **NOTIFICACIONES DE RIESGO** | BLZC -FR-SST-29<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA | | |
| **DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar. | | | |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:<br>**Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad –** Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – **Capa Impermeable.** | | | |
| RIESGOS EXISTENTES | | | |
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia y | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

512

| | | |
|---|---|---|
| | **NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS** | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 6<br>01/12/2022 |

**Bogotá 9 de marzo 2023**

**Señor(a): BUITRAGO DELGADO RICARDO**
**CC.: 79.976.899**
**Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS**
**La Ciudad**

**Por medio de la presente la empresa HA CIVIL, se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de ingreso, realizado el día 09 de marzo 2022, en su IPS EL DIVINO NIÑO, como cargo AUXILIAR DE OBRA, a lo cual usted se debe comprometer a dar cumplimiento y en el debido caso dar entrega de las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.**

**Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.**

**APTO PARA ALTURAS SI () NO () NO APLICA (X)**

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

**RECOMENDACIONES:**

1. Higiene Postural
2. **Pausas Activas**
3. Ergonomía en el puesto de trabajo
4. Uso de EPP
5. **Estilos de vida saludable**
6. Control médico ocupacional anual

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**

CC. 52961081 - Bta.

**EL TRABAJADOR**

Ricardo B

CC. 79976899

513

519

# ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-06
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

| FECHA (AÑO / MES / DÍA) | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | PROYECTO/OBRA |
|---|---|---|---|
| 2023 / 03 / 09 | Ricardo Buitrago Delgado | Ayudante | IORD. |

## DOTACIÓN

| DOTACIÓN DE SUBTIPO A ENTREGAR | | TALLA | COLOR | TALLA | COLOR | DOTACIÓN DE SUBTIPO A ENTREGAR | CANT | TALLA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARNAZA (SOLDAR) | ☐ | | | | | BOTAS DIELÉCTRICAS | ☒ 1 | 41 |
| OVEROL | X | 1 | L | Rojo / Negro | | BOTAS DE SOLDADOR | | |
| JEAN | ☐ | | | | | BOTAS CAUCHO | ☐ | |
| IMPERMEABLE | ☐ | | | | | OTRO: | ☐ | |
| CHAQUETA BELZCON /CLIB...T | | | | | | | | |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

| MANGO | CANT | MANGO | CANT | BARBUQUEJO | | JUEGO LENTES | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAQUETA | 1 | CAUCHO | | CANT | COLOR | CLARA | OSCURA | INSERCIÓN | COPA | |
| | | | | 4 Am. | | 1 | | | | |

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar

| ENTREGA | RECIBE |
|---|---|
| NOMBRE: Angélica Maria Cuervo | NOMBRE: Ricardo Buitrago |
| FIRMA: Angelica Cuervo | FIRMA / CEDULA: Ricardo B |

ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-06
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1

Powered by CamS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.031.159.117**
**RAMIREZ SILVA**

APELLIDOS
**MARTIN ANTONIO**

NOMBRES
MARTIN RAMIREZ.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-1995**
**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67** **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

**29-MAY-2013 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00444709-M-1031159117-20130701 0033792768A 1 39544357

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MARTIN ANTONIO RAMIREZ SILVA | C.C. | 1,031,159,117 | 28/02/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Monday February 27 2023 a las 5:11:36 AM**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

576

Bogotá DC. 27 de Febrero de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 27/2/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 1031159117 |
| Nombres y Apellidos | MARTIN ANTONIO RAMIREZ SILVA |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 27/2/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 27/2/2023 |
| Cargo | AYUDANTE |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

# EL DIVINO NIÑO JESUS

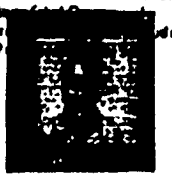
Unidad Medica de Especialistas

# UMED LTDA. I.P.S.

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 28/02/2020**

NIT: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110018565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Medina M. CPTP No. 13938-T
Especialista en Gerencia
Lic. de Prestación de Ser
Res 7402 de 27/08/2019



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Hco. 84787

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA : 27/02/2023 HORA:10:47** | | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** | |
| **NOMBRES: MARTIN ANTONIO RAMIREZ SILVA** | | **DOCUMENTO: 1031159117** | **EDAD: 27 GENERO: M** |
| **Empresa: HA CIVILES S.A.S** | | **Cargo: CONDUCTOR** | **Tel: 3193970818 -** |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | SI | | Respiratorio | SI | |
| Espirometria | NA | | Dermatología | SI | |
| Audiometria | NA | | Osteomuscular | SI | |
| Visiometria | NA | | Cardiovascular | SI | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicologia Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Ungas | NA | |
| Triglicéridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apto Para Trabajos en Alturas | NA | | Apto Para Trabajos en espacios Confinados | | NA |
| Apto Para el cargo sin Restricciones | | SI | Aplazado | | NA |
| Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo | | NA | No Apto Para Este Cargo | | NA |
| Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel | | NA | | | |
| Examen PERIODICO Satisfactorio | NA | | Examen de EGRESO Satisfactorio | | NA |

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | | NA |
| Pausas Activas | SI | Control Optometrico Periodico | NA | Uso de Medias de Compresión Graduada | | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | SI | Uso de Lentes Permanentes | NA | Valoración y Manejo en IPS | | NA |
| Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Fisico | | NA |
| Valoracion por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | NA | Control Médico Ocupacional Anual | | SI |
| | | | | | | NA |

Lea este codigo QR con su celular para ver

### CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y prescritos en este documento son verazes y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda coheción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas. Así informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta. Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y asegure estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído, comprendido e la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de

| | | |
|---|---|---|
| CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO<br>LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/16<br>Médico Especialista en Salud Ocupacional | Firma Trabajador<br>C.C. Nº | 31 |

518

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

**No.** 1031159117



NOMBRE

**MARTIN ANTONIO RAMIREZ SILVA**

FECHA DE NACIMIENTO

**28-05-1995**

SANGRE-RH

**A+**

FECHA DE EXPEDICION

**04-08-2021**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

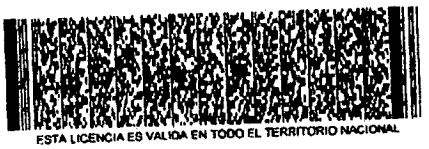
**CONDUCIR CON LENTES**

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**SDM - BOGOTA D.C.**

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 11-08-3027 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 04-08-2031 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 04-08-2024 | PUBLICO |





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002211997

519

23 RUTA DE EVACUACIÓN

24. ADVERTENCIA

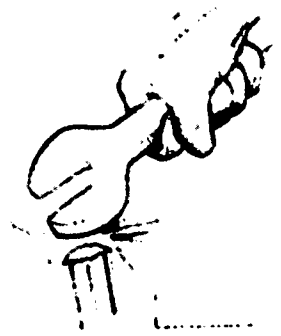


## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

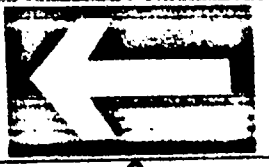
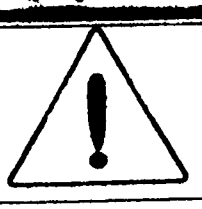
| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | X | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | X | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | X | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | X | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser [illegible] de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe

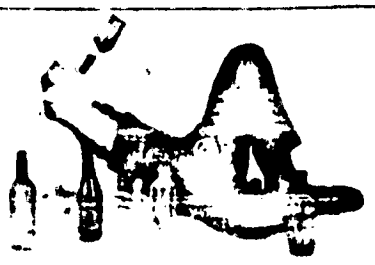
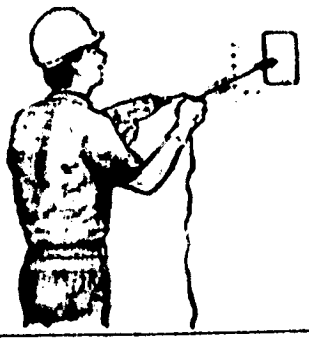
Calificación total 60 A-5

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO. |  | ✓ | X |
| **17.** Estos no son elementos de protección personal. |  | X | ✓ |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | ✓ | X |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | ✓ | X |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo. | | ✓ | X |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | ✓ | 23  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | ✓ | 24  |

| Belzcon Construccion Proposi'va | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| **12.** No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | ✓ |
| **13.** Estos son peligros físicos. |  | ✓ | X |
| **14.** Estos son peligros de seguridad. |  | ✓ | X |
| **MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO** | | **Falso** | **Verdadero** |
| **15.** El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | X | ✓ |

522

ETS

| Belzcon Construcción Proactiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

**5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:**

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
X. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

**6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:**

X. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
a. Estimular actos inseguros.

**7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:**

X. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

**8. Reglamento interno de trabajo de se debe:**

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
X. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

**9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;**

X. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

**10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:**

X. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

**11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:**

X. Si
b. No
c. Depende de la ARL

Powered by CamScanner

| Belzcon Construcción Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

FECHA: 02-03-2023 CIUDAD: Bogota CEDULA: 1031159112

NOMBRE: martin antonio ramirez silva

CARGO: Ayudante INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

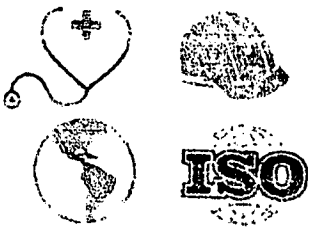
## ASIMILACIÓN DEL TEMA

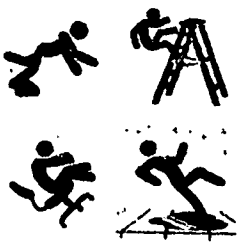
**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

1. PELIGRO
2. ENFERMEDAD LABORAL (EL)
3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD
4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)







Powered by CamScanner

personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.

- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Martin Antonio Ramirez identificado con la C.C. Nº 1031159117 de Bogota conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 02 / 03 / 2022 en la ciudad de Bogotá.

AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | • Accidentes de tránsito, delincuencia y desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras. | | |
| X | • **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterias. | X | • **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanias a carretera) |
| | | | |

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| Bolzcon | **NOTIFICACIONES DE RIESGO** | BLZC -FR-SST-29<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 3<br>01/12/2022 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS** | | | |
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA | | |
| **DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar. | | | |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:<br>**Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad –** uantes de camaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – **Capa Impermeable.** | | | |
| RIESGOS EXISTENTES | | | |
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, . horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO. ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

527

| | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |
|---|---|---|

Bogotá 3 de marzo 2023

Señor(a): RAMIREZ SILVA MARTIN ANTONIO
CC.: 1.031.159.117
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **HA CIVIL,** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día **27/02/2023, en su IPS EL DIVINO NIÑO JESUS, como cargo AYUDANTE DE OBRA,** se le notifica que **debe entregar evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.**

**Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.**

**APTO PARA ALTURAS SI (X) NO () NO APLICA ()**

**RESTRICCIONES: SI () NO (x)**

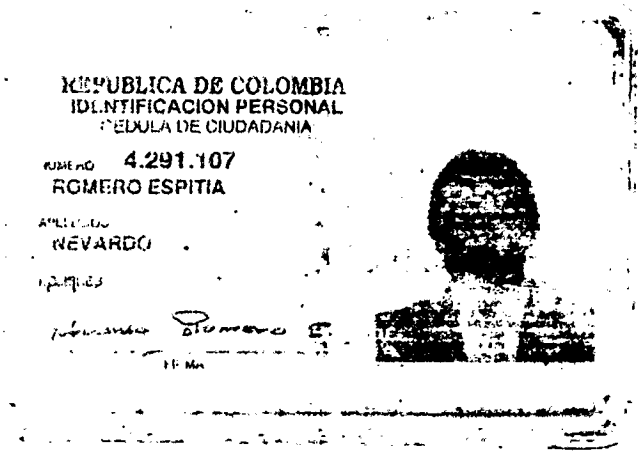
**RECOMENDACIONES:**

- **Hábitos de vida saludable**
- **Pausas Activas**
- **Higiene postural**
- **Ergonomía del puesto de trabajo**
- **Uso de EPP según su actividad**
- **Estilos de vida saludable**
- **Control medico ocupacional anual**

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**

**EL TRABAJADOR**

528



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

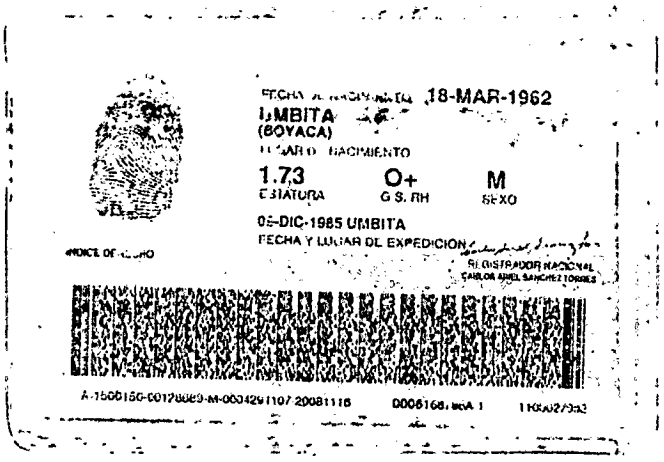
NUMERO 4.291.107
ROMERO ESPITIA

APELLIDOS
NEVARDO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1962
UMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

05-DIC-1985 UMBITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-0012089-M-0004291107 20081118 0006168.00A 1 1 HOA02793

Pensador
Polvenir
Calle 53 Sur
# 31-90
B. Soacha
T 3142105494

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de Inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NEVARDO ROMERO ESPITIA | C.C. | 4,291,107 | 17/02/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Thursday February 16 2023 a las 5:02:53 PM**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

530

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009747517

9009747517

No. de Radicación: 25674338

Fecha de Radicación: 17 02 2023

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| ROMERO | ESPITIA | NEVARDO | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 4291107 | Femenino [ ] Masculino [X] | D 18 M 03 A 1962 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | | | | | |
| | | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | | | |

## 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 del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D M 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 | Datos complementarios 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D M A | | |
| B2 | | | | | D M A | | |
| B3 | | | | | D M A | | |
| B4 | | | | | D M A | | |
| B5 | | | | | D M A | | |

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

## Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| HA CIVILES SAS | NIT | 901528981 | |

| 39. Ubicación | | | |
|---|---|---|---|
| CR 77 C 64 A SUR 06 | 8194933 | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D M A | D 17 M 02 A 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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no cotización de aportes al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no convivencia 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 y 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

| Firma del cotizante, cabeza de familia o pensionado | Firma del representante legal o autorizado de la entidad afiliada colectivamente |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | D M A | D M A |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

531

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**NEVARDO ROMERO ESPITIA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.291.107**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 16 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

532

Bogotá DC. 16 de Febrero de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 16/2/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 4291107 | | |
| Nombres y Apellidos | NEVARDO | ROMERO | ESPITIA |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 | | |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS | | |
| Código Sucursal | 0 | | |
| Código Centro de Costo | 0 | | |
| Fecha de Ingreso Empresa | 16/2/2023 | | |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 16/2/2023 | | |
| Cargo | AYUDANTE | | |
| Horas Labor Mes | 240 | | |
| Sueldo básico | $ 1160000 | | |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001
SC 5892-14
VIGILADO SuperSubsidio

# MEDIPRO IPS
## SALUD OCUPACIONAL
NIT. 830.592.359-3

# CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL - INGRESO
## PARA TRABAJO EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS

N 300/3421

| | |
|---|---|
| FECHA: | 01 DE MARZO DEL 2023 |
| NOMBRE: | NEVARDO ROMERO ESPITIA |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 4.291.107 |
| EMPRESA: | HA CIVILES SAS 901528981-6 |
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA .EPS.FAMISANAR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXÁMEN DE INGRESO | X | | |
| EXÁMEN DE EGRESO | | | |
| EXÁMEN PERIÓDICO | | | |
| EDAD | 60 | R.H. | O+ |
| PESO | 72 | SEXO | M |



## RESULTADOS EXÁMENES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| ESPIROMETRÍA | SI | OK |
| AUDIOMETRÍA | SI | OK |
| VISIOMETRÍA | SI | OK |
| ELECTROCARDIOGRAMA | SI | OK |
| PSICOLÓGICO | SI | OK |
| RADIOLOGÍA | [redacted] | |
| VACUNAS | SI | OK |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | |
|---|---|---|
| CUADRO HEMÁTICO IVG | | |
| SEROLOGÍA | SI | OK |
| GLICEMIA | SI | OK |
| COLESTEROL | SI | OK |
| TRIGLICERIDOS | SI | OK |
| PARCIAL DE ORINA | SI | OK |
| SODIO | | |
| POTASIO | | |
| PLOMO | | |

| |
|---|
| FROTIS FARÍNGEO/CON CULTIVOS |
| KOH UÑAS |
| PRUEBA DE EMBARAZO |
| HEMOCLASIFICACIÓN |
| TSH |
| AMILASA |
| BACILOSCOPIA |

*IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA A la fecha hacemos constar que el trabajador fué examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes:*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| APTO | SI | APTO CON RESTRICCION | NO APTO | APLAZADO |
| APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | SI | | CONCEPTO | |

## RECOMENDACIONES

| | | |
|---|---|---|
| 1. [redacted] | SI | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y EN ESPACIOS CONFINADOS |
| 2. [redacted] | SI | |
| 3. [redacted] | SI | |

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

### *CONSENTIMIENTO INFORMADO*

*He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretacion y riesgos del exámen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que en este proceso es voluntario y libre de todo coheción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el Profesional de Salud Ocupacional de MEDIPRO tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad c, contemplado en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la empresa y de los cuales recibire los resultados y asegura estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.*

Edgardo Mercado Pastrana

**Dr. Edgardo Mercado Pastrana**
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución No. 986-2021

FIRMA TRABAJADOR

Nevardo Romero E.

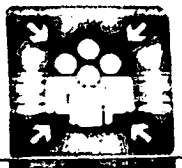
C.C. No. 4291707

Declaración de CONFIDELIDAD: El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En Concordancia Con la Resolución 2346 de Julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clinica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

534

Powered by CamScanner

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | 22 | ✓ |  |
| 24. ADVERTENCIA | 21. | ✓ |  |

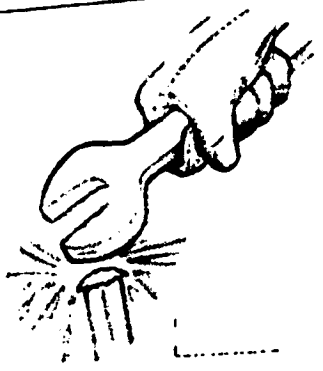
## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | ✓ | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | ✓ | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | ✓ | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | ✓ | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

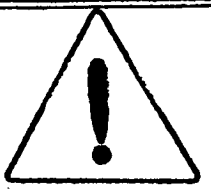
Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total: 4.0

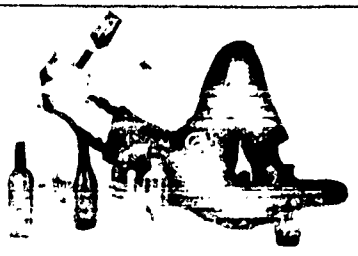
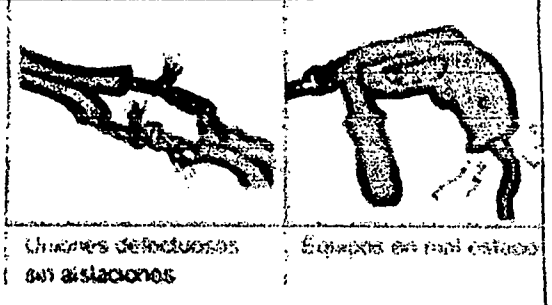
| Belzcon Construccion Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO. |  | ✓ | ✓ |
| **17.** Estos no son elementos de protección personal. |  | ✓ | ✓ |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | ✓ | ✓ |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | ✓ | ✓ |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo. | | ✓ | ✓ |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | 23 |  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | 22 |  |

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| **12.** No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | ✓ | ✓ |
| **13.** Estos son peligros físicos. |  | ✓ | ✓ |
| **14.** Estos son peligros de seguridad. |   | ✓ | ✓ |

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| **15.** El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | ✓ | ✓ |

| Belzcon Construccion Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

**5. En la Politica de Seguridad y Salud en el trabajo:**

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. **Encontramos que la gerencia general no está comprometida.**
c. **Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.**

**6.** Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
a. **Estimular actos inseguros.**

**7.** Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. **Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.**
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. **Documentar quien no lee los procesemos.**

**8. Reglamento interno de trabajo de se debe:**

a. **Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.**
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. **En los baños de los hombres.**

**9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;**

a. **Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.**
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

**10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:**

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. **De forma verbal a mi jefe directo.**

**11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:**

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

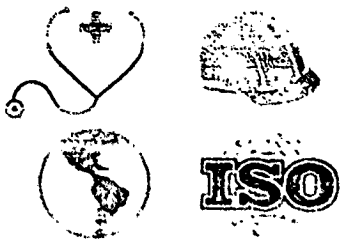
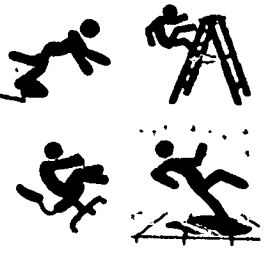
FECHA: 02.03.2023 CIUDAD: Bogotá CEDULA: 4.921.107

NOMBRE: Alexander Romero G.

CARGO: Ayudante INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACIÓN DEL TEMA

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | |
|---|---|
| 1. PELIGRO |  |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) |  |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD |  |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) |  |

Powered by CamScanner



personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.

- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Nevardo Romero E. identificado con la C.C. Nº 4291107 de Ubalá conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 02/03/2023 en la ciudad de Bogotá.

Nevardo Romero E.
AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | • Accidentes de tránsito, delincuencia y desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras. | | |
| X | • **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías. | X | • **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera) |
| | | | |

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | |
|---|---|
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA |

**DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:
**Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad –** Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – **Capa Impermeable.**

RIESGOS EXISTENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

| | | |
|---|---|---|
| | **NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS** | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |

**Bogotá 3 de marzo 2023**

*Señor(a)*: ROMERO ESPITIA NEVARDO
**CC.: 4.291.107**
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

**Por medio de la presente la empresa HA CIVIL, se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de INGRESO, realizado el día 01/03/2023, en su IPS MEDIPRO, como cargo: AYUDANTE DE OBRA, se le notifica que debe entregar evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.**

**Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.**

**APTO PARA ALTURAS SI (X) NO () NO APLICA ()**

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

**RECOMENDACIONES:**

- **Hábitos de vida saludable**
- *Uso de protección visual durante la jornada laboral*
- **Higiene postural**
- **Ergonomía del puesto de trabajo**
- *Uso de EPP según su actividad*
- **Estilos de vida saludable**
- *Control médico ocupacional anual*

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**

Nevardo Romero E.
**EL TRABAJADOR**

543

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

5.964.294

VERA

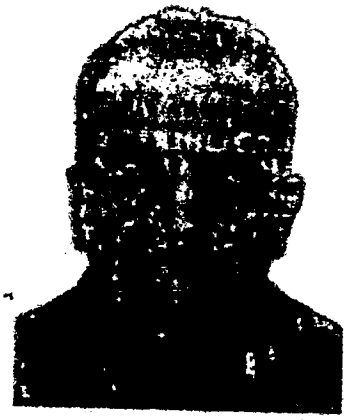
APELLIDOS

ISRAEL

NOMBRES

Israel Vera.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1960

NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

05-OCT-1978 NATAGAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01301965-M-0005964294-20220608 0079712487A 1 8504885305

549

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ISRAEL VERA | C.C. | 5,964,294 | 23/02/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el Wednesday February 22 2023 a las 7:39:57 AM**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

545

| No de Radicacion |
|---|
| 4009837690 |



## 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: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento | 42.Fecha: 2\|2\|0\|2\|2\|0\|2\|3 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 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 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 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 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

| Israel Vera. | |
|---|---|
| 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: Código del municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN: Número ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| 70. Datos funcionario que realiza la validación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

Observaciones

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



546

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4009837690 | 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: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

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

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

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

Codigo (a registrar por la EPS): 1

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: VERA | Segundo apellido | Primer nombre: ISRAEL | Segundo nombre |
| **po documento de Identidad**: CC | **8.Número del documento de identidad**: 5964294 | **9.Sexo**: Femenino ☐ Masculino ☒ | **10.Fecha de nacimiento**: 1\|5\|0\|1\|1\|9\|8\|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 |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL | 1160000 |

| 18.Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| TV 22 ESTE 56 19 — Dirección | Telefono fijo | 3015828474 — Telefono celular | SRAELVERA2022@HOTMAIL.COM — Correo electronico |
| SOACHA — Municipio/Distrito | zona: Urbana ☒ Rural ☐ | 2 — Localidad / comuna | CUNDINAMARCA — 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**: Femenino ☐ Masculino ☐ | **23. Fecha de nacimiento** |

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 | | | | |

| | Tipo documento de identidad | 26. Número 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 | | | | | | |

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 SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS | VSSOACHA - VSSOACHA |
| 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 documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| HA CIVILES S A S | NIT | 901528981 | 01 |

| 39.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 77 C 64 A 06 SUR — Dirección | 8194933 — Teleéfono | HACIVILSAS@GMAIL.COM — Correo electrónico | BOGOTA — Municipio/distrito | BOGOTA — Departamento |



5/4

Bogotá DC. 22 de Febrero de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/2/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 5964294 |
| Nombres y Apellidos | ISRAEL VERA |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 22/2/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 22/2/2023 |
| Cargo | AYUDANTE |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

548

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ISRAEL VERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **5964294,** se encuentra afiliado/a desde **14/07/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 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.

Bogotá DC. 22 de Febrero de 2,023

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/2/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 5964294 |
| Nombres y Apellidos | ISRAEL VERA |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901528981 |
| Razón Social Empleador | HA CIVILES SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 22/2/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 22/2/2023 |
| Cargo | AYUDANTE |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a HA CIVILES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet
VIGILADO SuperSubsidio

Unidad Medica de Especialistas

# UMED LTDA. I.P.S.

**Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020**

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaría de Salud



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 84595

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA : 24/02/2023 HORA:9:15** | | **EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO** | |
| NOMBRES: ISRAEL VERA | | DOCUMENTO: 5964294 | EDAD: 63 GENERO: M |
| Empresa: HA CIVIL S.A.S | | Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Tel: 3015828474 - |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | SI | | Respiratorio | SI | |
| Espirometria | NA | | Dermatologia | SI | |
| Audiometria | NA | | Osteomuscular | SI | |
| Visiometria | NA | | Cardiovascular | SI | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicología Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Uñas | NA | |
| Triglicéridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Apto Para Trabajos en Alturas** | NA | **Apto Para Trabajos en espacios Confinados** | NA |
| **Apto Para el cargo sin Restricciones** | NA | **Aplazado** | NA |
| **Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo** | NA | **No Apto Para Este Cargo** | NA |
| **Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel** | SI | | |
| **Examen PERIODICO Satisfactorio** | NA | **Examen de EGRESO Satisfactorio** | NA |

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE SIN INFRADESNIVEL. REQUIERE INCLUSION EN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE SALUD VISUAL.

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| Pausas Activas | SI | Control Optometrico Periodico | NA | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| Ergonomia del Puesto de trabajo | SI | Uso de Lentes Permanentes | NA | Valoración y Manejo en IPS | SI |
| Uso de Elementos de Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Físico | NA |
| Valoración por Medicina Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | NA |
| Control Audiometrico | NA | Estilos de Vida Saludable | NA | Control Médico Ocupacional Anual | SI |
| | | | | | NA |

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

**CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)**

**He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.**

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. RES.7058 DE 16/08/19
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Dr. Camilo Velasquez Velasco
Medico Laboral
R.M. 4607
Res 7058 de 16/08/2019

Firma Trabajador

C.C. No

2058

551

| Belzcon | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

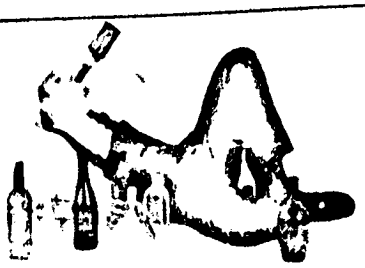
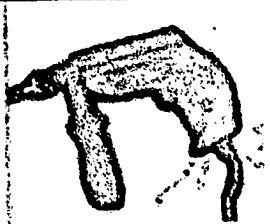
| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | 21 | ✓ |  |
| 24. ADVERTENCIA | 22 | / |  |

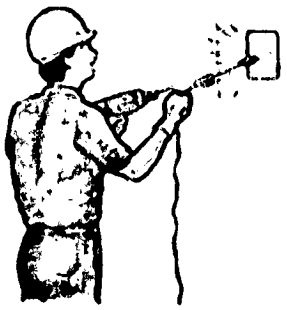
## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | Si | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | Si | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | Si | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | Si | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

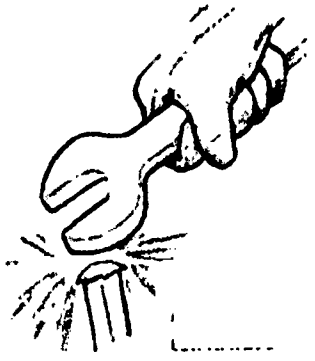
Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

**Calificación total** 4.2

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| 12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | |
| 13. Estos son peligros físicos. |  | X | |
| 14. Estos son peligros de seguridad. |  Uniones defectuosas sin aislaciones  Equipos en mal estado | X | |

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| 15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | X | |

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO. |  | X | ✓ |
| **7.** Estos no son elementos de protección personal. |  | X | X |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | X | X |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | V | X |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo. | | ✓ | X |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | K.B | ✓  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | 24 | ✓ Si  |

| Belzcon Construcción y Proyectos | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
a. Estimular actos inseguros.

7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

8. Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

| Belzcon Construcción Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

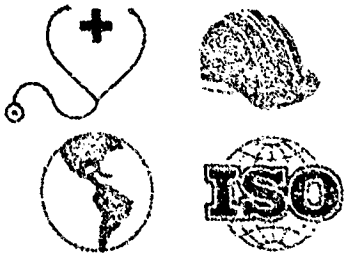
FECHA: 23.2.23 CIUDAD: Bogotá CEDULA: 5964894

NOMBRE: Israel Vera.

CARGO: ayudante INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACIÓN DEL TEMA

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | |
|---|---|
| 1. PELIGRO |  |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) |  |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD |  |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) |  |

personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.

- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Israel Vera identificado con la C.C. Nº 5'964.294 de Nabagima conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 23/02/2023 en la ciudad de Bogotá.

Israel Vera.

AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA | | |
| **DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar. | | | |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:<br>Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable. | | | |
| RIESGOS EXISTENTES | | | |
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia. y | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

559

# ENTREGA DE DOTACIÓN

Belzcon

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01

| FECHA AÑO | FECHA MES | FECHA DÍA | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | PROYECTO/OBRA |
|---|---|---|---|---|---|
| 2023 | 02 | 23 | Israel Vera | Ayudante | IDRD |

## DOTACIÓN

| MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR | CANT | SUPERIOR TALLA | SUPERIOR COLOR | CANT | INFERIOR TALLA | INFERIOR COLOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARNAZA (SOLDAR) ☐ | | | | | | | |
| OVEROL ☒ | 1 | M | Rojo Naranja | | | | |
| JEAN ☐ | | | | | | | |
| IMPERMEABLE ☐ | | | | | | | |
| OFICINA/SERV. GENERALES ☐ | | | | | | | |
| CHAQUETA BELZCON /CLIE...E ☐ | | | | | | | |

| MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE PIES A ENTREGAR | CANT | TALLA |
|---|---|---|
| BOTAS DIELÉCTRICAS ☑ | 1 | 40 |
| BOTAS DE SOLDADOR ☐ | | |
| BOTAS CAUCHO ☐ | | |
| OTRO: ☐ | | |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

| MANOS | CANT | MANOS | CANT | CASCO ☐ BARBUQUEJO ☐ CANT | CASCO COLOR | GAFAS CLARA | GAFAS OSCURA | TAPA OÍDOS INSERCIÓN | TAPA OÍDOS COPA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAQUETA | X | CAUCHO | | | | | | | | |
| CARNAZA (SOLDAR) | | NITRILO | 1 | | Amarillo | 1 | | | | |

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

| ENTREGA | RECIBE |
|---|---|
| NOMBRE Angelica Cremagel. | NOMBRE Israel Vera |
| FIRMA Angelica Cre | FIRMA Y CEDULA Israel Vera. 5964294 |


Belzcon

ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG.1 DE 1
2022/12/01


| FECHA AÑO | FECHA MES | FECHA DÍA | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | PROYECTO/OBRA |
|---|---|---|---|---|---|
| 23 | 2 | 23 | Israel Vera. | ayudante | Pintar Parques. |

DOTACIÓN

Powered by CamSc

| | | |
|---|---|---|
| Belzcon Construcción Responsable | **NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS** | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 1<br>01/12/2022 |

Bogotá 24 febrero 2023

Señor(a): VERA ISRAEL
CC.: 5.964.294
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

Por medio de la presente la empresa **HA CIVIL,** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 24/02/2023, en su IPS **EL DIVINO NIÑO JESUS**, como cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCIÒN**, evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.

APTO PARA ALTURAS SI () NO () NO APLICA (x)

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

RECOMENDACIONES:

- Hábitos de vida saludable
- Pausas Activas
- Higiene postural
- Ergonomía del puesto de trabajo
- Uso de EPP según su actividad
- Estilos de vida saludable
- Uso de medias de compresión

FIRMA RESPONSABLE SGSST

EL TRABAJADOR

560

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

COL

No. 935016

DOURAL CAMPODONICO
APELLIDOS

JESUS ARTURO
NOMBRES

VEN — M
NACIONALIDAD — SEXO

26195836
DNI Nro.

15-08-1994
FECHA DE NACIMIENTO

21-05-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLE

Jesus Doural
FIRMA

E1201172

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL935016<<<6<<<<<<<<<<<<<<<
9408159M3105308VENE1201172<<<2
DOURAL<CAMPODONICO<<JESUS<ARTU

561

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9008095 correspondiente a la empresa Ha Civiles Sas.

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Clase de Riesgo | Tasa de Riesgo Centro de trabajo | Centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| JESUS ARTURO DOURAL CAMPODONICO | PT | 935,016 | 17/03/2023 | RIESGO V | 6.960 | OPERATIVA |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 16 de marzo de 2023 a las 06:24:09 a.m.**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

562

nueva eps

# NUEVA EPS S.A

**NIT: 900156264 -2**

**CERTIFICA QUE:**

El 2023 -03 -15 18:13:27, el empleador **HA CIVILESSA** identificado con **NI** número **901528981**
registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE.**

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 367832525199 | 2023 -03 -15 18:13:27 | REINGRESO |

**DETALLE**

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| PT | 935016 | JESUS ARTURO DOURAL | 1160000 | PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJOS VARIOS | 2023 -03 -15 |

**La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Marzo del año 2023.**

563

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**JESUS ARTURO DOURAL CAMPODONICO**, identificado(a) con Permiso de Proteccion Temporal **935.016**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** desde el 24 de noviembre de 2022.

La presente certificación se expide el 16 de marzo de 2023.

Cordialmente,

Gerente 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 qué? porque usted [illegible] obtendrá dinero y obtendrá rendimiento*

Este es un correo informativo que se envió desde una dirección que no puede aceptar correos electrónicos entrantes.

Atentamente,

Compensar

Avenida 68 N. 49A-47

Teléfono 3077001

565

Gmail

Jesus Doural <jesusdoural45@gmail.com>

## Apertura Caso No. 04849821 - - Compensar Caja de Compensación

1 mensaje

**Compensar CCF** <compensar_ccf@compensar.com> 17 de marzo de 2023, 16:41
Para: "jesusdoural45@gmail.com" <jesusdoural45@gmail.com>

compensar

Bogotá,17 de Marzo de 2023

Señor(a)

JESUS ARTURO DOURAL CAMPODONICO

CL 43 A SUR 72 G 62

La Ciudad

Respetado Señor(a):

Reciba un cordial saludo de Caja de Compensación Familiar Compensar.

Su Caso ha sido recibido bajo el número de -04849821- y está en proceso de respuesta.

Si ha recibido este correo electrónico y no ha radicado un caso o sus datos personales no corresponden a los enviados, es probable que otro usuario haya introducido su dirección por error al intentar llevar a cabo este proceso. Por favor haga caso omiso.

Reiteramos nuestra disposición al servicio y cuente con la disponibilidad de atender cualquier inquietud al respecto, a través de nuestra página web www.compensar.com , en la Central Telefónica de Servicios Caja 3077001 o por cualquiera de nuestros canales de atención.

566

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestacion de4 Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo No. 1799 de 26/02/2020

NIT: 830.015894-4

Codigo de prestador de servicios de la salud No. 110010[illegible]
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá segun
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Maria Luisa Mo[illegible] M. C.T.P. No. 13258 -T
Especialista en G[illegible] Ocupacional
Lic. de Prestación [illegible] Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/0[illegible] Distrital de Salud



## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

Nro. 85486

| | | |
|---|---|---|
| FECHA : 15/03/2023 HORA:11:32 | EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO | |
| NOMBRES: JESUS ARTURO DOURAL CAMPODONICO | DOCUMENTO: 935016 | EDAD: 28 GENERO: M |
| Empresa: HA CIVILES S.A.S | Cargo: AYUDANTE | Tel: 3133686062 - |

### EXAMENES LABORALES REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | SI | | Respiratorio | SI | |
| Espirometria | NA | | Dermatología | SI | |
| Audiometria | NA | | Osteomuscular | SI | |
| Visiometria | NA | | Cardiovascular | SI | |
| Optometria | NA | | Prueba de equilibrio | NA | |
| Electrocardiograma | NA | | Prueba Psicometrica | NA | |
| Psicología Laboral | NA | | Radiologia Columna | NA | |
| Vacunas | NA | | Radiologia Torax | NA | |

### LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | NA | | Parcial de Orina | NA | |
| Glicemia | NA | | RH-Grupo Sanguineo | NA | |
| Colesterol | NA | | KOH Uñas | NA | |
| Triglicéridos | NA | | Frotis Faringeo | NA | |
| Serologia | NA | | Coprologico | NA | |

### CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apto Para Trabajos en Alturas | NA | Apto Para Trabajos en espacios Confinados | | | NA |
| Apto Para el cargo sin Restricciones | | | SI | Aplazado | NA |
| Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo | | | NA | No Apto Para Este Cargo | NA |
| Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel | | | NA | | |
| Examen PERIODICO Satisfactorio | NA | Examen de EGRESO Satisfactorio | | | NA |

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

### RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Higiene Postural | SI | Uso de Doble Protección Auditiva | NA | Evitar Posturas Prolongadas | NA |
| [illegible]usas Activas | SI | Control Optometrico Periodico | NA | Uso de Medias de Compresión Graduado | NA |
| [illegible] del Puesto de trabajo | SI | Uso de Lentes Permanentes | NA | Valoración y Manejo en IPS | NA |
| [illegible] Protección Personal | SI | Uso de Lentes Visión Cercana | NA | Dieta - Ejercicio Físico | NA |
| [illegible] Laboral de EPS | NA | Control de Tension Arterial | NA | Control Espirómetria | NA |
| | NA | Estilos de Vida Saludable | NA | Control Médico Ocupacional Anual | SI |
| | | | | | NA |

### [illegible]TO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

[illegible]terpretación y los riesgos del examen médico, paraclinico(s) y/o ocupacionales [illegible] suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son [illegible]s voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar [illegible]. fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de [illegible] información allí expuesta.Los autorizo para que den a conocer por cualquier [illegible]ersona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen [illegible]mpresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo [illegible]mprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de

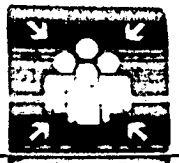
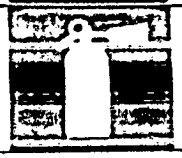
Firma Trabajador

C.C. No

Ecografía • Audiometria • Salud [illegible]cupacional

Powered by CamSc

| Belzcon Construcción Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | 22 | ✓ |  |
| 24. ADVERTENCIA | 21 | ✓ |  |

## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

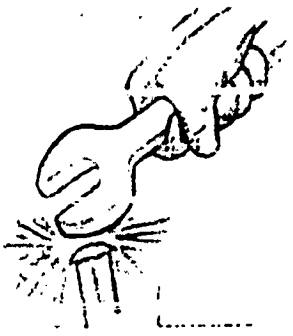
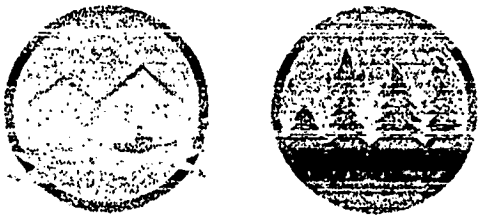
| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | ✓ | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | ✓ | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | ✓ | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | ✓ | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total: ~~10~~ 8

568

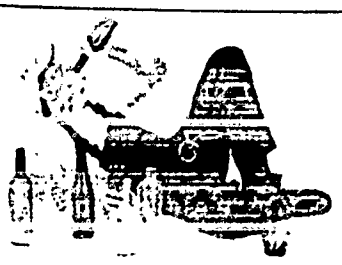
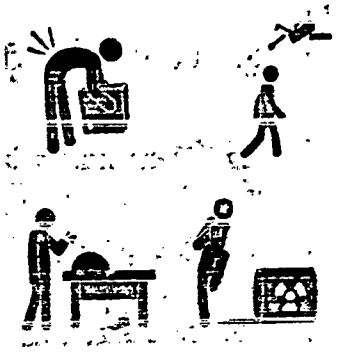
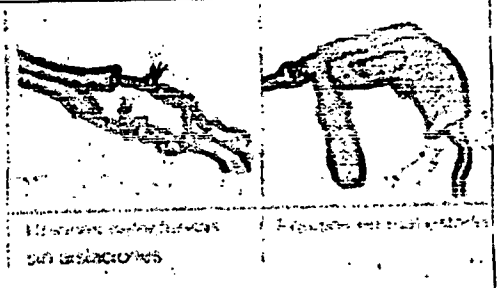
| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO. |  | ✓ | X |
| **17.** Estos no son elementos de protección personal. |  | X | ✓ |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | ✓ | X |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | ✓ | X |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo. | | ✓ | X |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | 23 | ✓ |  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | 24 | ✓ |  |

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| 12. No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | ✓ |
| 13. Estos son peligros físicos. |  | ✓ | X |
| 14. Estos son peligros de seguridad. |  | ✓ | X |

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| 15. El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | X | ✓ |

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

**5. En la Política de Seguridad y Salud en el trabajo:**

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
x c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

**6. Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca.**

x a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
c. Estimular actos inseguros.

**7. Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:**

x a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

**8. Reglamento interno de trabajo de se debe:**

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
x b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

**9. Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;**

x a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

**10. Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto.**

x a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

**11. El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:**

x a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

| Belzoon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

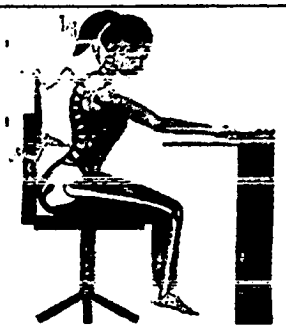
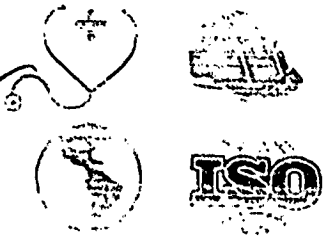
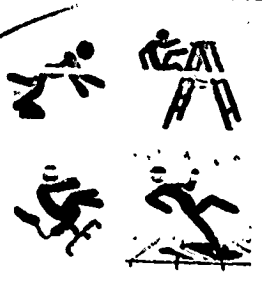
FECHA: 17-03-2023 CIUDAD: BOGOTA CEDULA: 935016

NOMBRE: JESUS ARTURO DOGRAL

CARGO: AYUDANTE INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACION DEL TEMA

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | |
|---|---|
| 1. PELIGRO |  |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) |  |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD |   |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) |  |

572

emergencia.

- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (para la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- En caso de trasladar herramienta o materiales, debe hacerse está actividad dentro de la obra para facilitar el paso y el de los peatones del sector, terciar las herramientas (palas, picas, barras, etc.) cuando se requiera de movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y evitar dejar herramientas en forma descuidada, por tanto, esta se debe ubicar en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Jesus Arturo Dourai identificado con la C.C. Nº PT 935016 de _____ conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA, la cual se firma el día 17 / 03 / 2023 en la ciudad de Bogotá.

Jesus Dourai
AYUDANTE DE OBRA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| | desorden público, desplazamientos a zonas de riesgo en donde se encuentran los frentes de obras. | | |
| X | • **BIOLÓGICOS:** Virus, bacterias, uso de baños públicos o baterías. | X | • **QUÍMICOS:** Polvo orgánico e inorgánico (polución por cercanías a carretera) |
| | | | |

RESPONSABILIDADES SST: **(Según Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10. Responsabilidades de los trabajadores) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo**

- Conocer, comprender y poner en práctica las Políticas
- Procurar el cuidado integral de su salud
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. Utilizar los mecanismos de consulta y participación del SG-SST
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST.

OTRAS RESPONSABILIDADES:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de n afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes.
- La operación de los equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tanto la herramienta y el quipo debe estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado.
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 mts, y dependiendo de las condiciones del terreno, se debe colocar el entibado correspondiente.
- El personal en excavaciones debe ir acompañado o debe informar la Residente del sector sobre la labor a realizar.
- Retirar a curiosos durante el proceso de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de obra se acerque a la maquina durante la excavación.
- Está prohibido tener combustible en el frente de obra.
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de

574

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | AYUDANTE DE OBRA | | |
| **DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar. | | | |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:<br>Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela /jean) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable. | | | |
| RIESGOS EXISTENTES | | | |
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.<br>• Accidentes de tránsito, delincuencia y | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

| | | |
|---|---|---|
| Construcción Predictiva | **NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MEDICAS** | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PAG. 1 de 7<br>01/12/2022 |

**Bogotá 17 de marzo 2023**

**Señor(a): DOURAL CAMPODONICO JESUS ARTURO**
**P.E.P: 935016**
**Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MEDICAS**
**La Ciudad**

Por medio de la presente la empresa **HA CIVIL,** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de ingreso, realizado el día 15 de marzo 2022, en su **IPS EL DIVINO NIÑO,** como cargo AYUDANTE DE OBRA, a lo cual usted se debe comprometer a dar cumplimiento y en el debido caso dar entrega de las evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones

Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.

**APTO PARA ALTURAS SI () NO () NO APLICA (X)**

**RESTRICCIONES: SI () NO (X)**

**RECOMENDACIONES:**

1. Higiene Postural
2. **Pausas Activas**
3. Ergonomía en el puesto de trabajo
4. Uso de EPP
5. Control médico ocupacional anual

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**

CC. 6290109.
Bogotá 9 de marzo 2023

**EL TRABAJADOR**

Jesus Doural
CC. 935016

576

Belzcon

# ENTREGA DE DOTACIÓN

BLZC-FR-SST-08
VERSIÓN: 01
PAG 1 DE 1
2022/12/01

| FECHA | | | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | PROYECTO/OBRA |
|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | DÍA | | | |
| 2023 | 03 | 17 | Jesus Arturo Doural | Ayudante | IDED. |

## DOTACION

| MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACIÓN DE CUERPO A ENTREGAR | CANT | SUPERIOR TALLA | SUPERIOR COLOR | CANT | INFERIOR TALLA | INFERIOR COLOR | OBSERVACIONES | MARQUE CON UNA X TIPO DE DOTACION DE PIES A ENTREGAR | CANT | TAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CARNAZA (SOLDAR) ☐ | 1 | 40 | Rojo / Negro | | | | | BOTAS DIELÉCTRICAS ☒ | 1 | 40 |
| OVEROL ☐ | | | | | | | | | | |
| JEAN ☐ | | | | | | | | BOTAS CAUCHO ☐ | | |
| IMPERMEABLE ☐ | | | | | | | | OTRO: ☐ | | |
| OFICINA/SERV. GENERALES ☐ | | | | | | | | | | |
| CHAQUETA BELZCON /CLIE... ☐ | | | | | | | | | | |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

| MANOS | CANT | MANOS | CANT | CASCO BARBUQUEJO ☐ CANT | CASCO BARBUQUEJO ☐ COLOR | GAFAS CLARA | GAFAS OSCURA | TAPA OIDOS INSERCIÓN | TAPA OIDOS COPA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAQUETA | | CAUCHO | | | | | | | | |
| CARNAZA (SOLDAR) | 1 | NITRILO | | 1 | | | | | | |

Al firmar el recibo del **elemento de protección personal** como trabajador manifiesto que conozco la forma de uso y me comprometo a portar adecuadamente y reportar a mi jefe directo cualquier daño o deterioro que requiera reposición del elemento de protección personal entregado.

| ENTREGA | RECIBE |
|---|---|
| NOMBRE Angélica Maria Cuervo Gil. | NOMBRE Josos ARTURO DOURAL |
| FIRMA Angélica Cuervo Gil. | FIRMA Y CEDULA Jesos DOURAL 935016 |



Powered by CamS

ARL | sura

Medellín, 28 abril 2022

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 28/04/2022 20:52, con relación a la afiliación y cobertura de MAURO VARGAS COMBA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 80423491, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 31/10/2020
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 8342
Descripción ocupación: Trabajadores de máquinas de movimientos de tierra construcciones de vías y afines
Clase de riesgo: 5
Porcentaje de cotización: 6,96

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: C804234912211875145

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP:186.84.20.195,

MEDICINA LABORAL


*DR. UBSIMAR ALIRIO PARDO MORA*
*MEDICINA GENERAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL*
*REG. MEDICO 1683/95- C.C 7.958.103*


# *EXAMEN DE INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS*

*2346 DE 2007 Y 4272 DE 2021 MPS*
*PARDOUBSIMARALIRIO@GMAIL.COM*

*CIUDAD Y FECHA: BOGOTA 09 DE SEPTIEMBRE DE 2022*
*NOMBRE DEL TRABAJADOR: MAURO VARGAS COMBA*
*DOCUMENTO: 80423491 EDAD: 50 AÑOS*
*CARGO: OPERADOR DE MAQUINARIA*
*TIPO DE EXAMEN PRACTICADO: Pre- y de Actitud Física Para Trabajo en alturas y espacios confinados*
*Finalidad: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto*

| *EXAMENES REALIZADOS* | *RESULTADO* | |
|---|---|---|
| *1. AUDIOMETRIA TONAL (ESCALA DE LARSEN)* | *NORMAL* | |
| *2.ESPIROMETRIA* | *NORMAL* | |
| *3. OXIMETRIA DE PULSO: 02 AMBIENTE* | *93 %* | *O+* |
| *4. OPTOMETRIA: USO DE GAFAS* | *NORMAL* | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *5. GLICEMIA: NORMAL* | *COL. TOTAL NORMAL* | *COL.HDL NORMAL* | *COLLDL NORMAL* | *TRIGLI: NORMAL* |
| *6.PSICOSENSOMETRICOS* | | | *SIN ALTERACION* | |
| *7.PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS* | | | *SIN ALTERACION* | |
| *8.EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE MIEMBROS SUPERIORIORES E INFERIORES* | | | *SIN ALTERACION* | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *9.VARIABLES FISICAS* | *FRECUENCIA CARDIACA* | *77* | *TALLA* | *1. 70 CMS* | *T/A SISTOLICA* | *1154* |
| | | | *PESO* | *80 KG* | *T/A DIASTOLICA* | *78* |

*CONCEPTO DEL MEDICO OCUPACIONAL*

| | |
|---|---|
| *1.SIN RESTRICCIONES* | |
| *2.CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERVIENEN CON EL TRABAJADOR)* | |
| *3.RESTRINGIDO (ALTERACIONES0QUE NO INTERVIENEN CON EL TRABAJADOR)* | |
| *4.APLAZAD* | *NO* |

*SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR, APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR; SEGUN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACION MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLINICOS:( **SI**)*

*TIPO DE ALTERACIONES: **NINGUNA, PACIENTE APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS***

| *ALTERACION* | *CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA EL PACIENTE* | *TEMPORAL* | *PERMANENTE* |
|---|---|---|---|
| *1.**RECOMENDACIONES*** | *NINGUNO* | | |
| *2.RIESGO CARDIOVASCULAR* | *NINGUNO* | | |

***RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:** UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL, HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.*

***COMORBILIDAD:** CON LO DESCRITO EN LA CIRCULAR SANITARIA 030 DE MAYO DE 2020 EL PACIENTE NO PRESENTA NINGUNO DELOS FACTORES DE RIESGO PARA EL COVID – 1. (SISTEMA INMUNITARIO DEPRIMIDO, DIABETICO, CANCER, HTA U OBESIDAD)*

***NOTA: PARA VERIFICAR SUS RESULTADOS POR LINEA TELEFONICA COMUNICARSE EN EL HORARIO DE 09 AM A 5 PM DE LUNES A VIERNES, SABADO DE 09 AM A 12 M. O AL CORREO ELECTRONICO** PARDOUBSIMARALIRIO@GMAIL.COM*

| *FIRMA MEDICO OCUPACIONAL:* | *FIRMA DEL TRABAJADOR:* | *HUELLA INDICE DERECHO:* |
|---|---|---|
| Ubsimar Alirio Pardo Mora<br>MED. GENERAL Y SALUD OCUPACIONAL<br>C.C. 7958103 | | |

*Declaración de confidencialidad: El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud ocupacional de la empresa contratante del servicio en concordancia con la RESOLUCION 4272 del 2021 se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos.*

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80423491 | MAURO VARGAS COMBA | CARRERA 160 132 D - 17 | 6819463 | VARGASMAURO170@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-02 | 2023-02 | I | 24/02/2023 | 65743560 | $411.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiz. Exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 80423491 | VARGAS COMBA MAURO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1,160,000 | 185,600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1,160,000 | 145,000 | 14-11 | 1,160,000 | 5 | 60,600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80423491 | MAURO VARGAS COMBA | CARRERA 160 132 D - 17 | 6619463 | VARGASMAURO170@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-02 | 2023-02 | I | 24/02/2023 | 65743560 | $411.400 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 80.800 | | | | 80.800 | 0 | 0 | 80.800 | | | 808 | 80.800 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

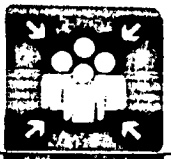
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 80.800 | 80.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 411.400 | 411.400 |

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

| Belzcon Construcción Propositiva | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23. RUTA DE EVACUACIÓN | 22 | ↓ |  |
| 24. ADVERTENCIA | 27 | ↓ |  |

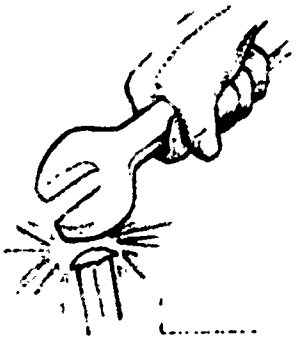
## EVALUACIÓN AL MÉTODO, USO Y FACILITADOR

| Contesta a continuación: | SI | NO | Observaciones |
|---|---|---|---|
| ¿Aprendiste algo? | X | | |
| ¿Crees que lo puedes aplicar en tu trabajo? | X | | |
| ¿Crees que el facilitador domina el tema? | X | | |
| ¿Fue agradable la metodología de la capacitación? | X | | |
| ¿Qué se puede mejorar en la próxima capacitación? | | | |

Para aprobar el examen la calificación mínima debe ser SUPERIOR A 4.0, de no ser así se deberá realizar nivelación al evaluado hasta tanto apruebe.

Calificación total: 45. AC

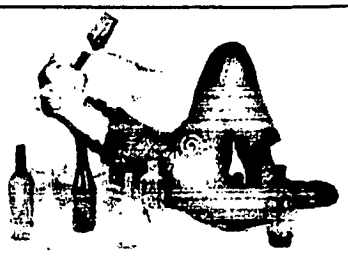
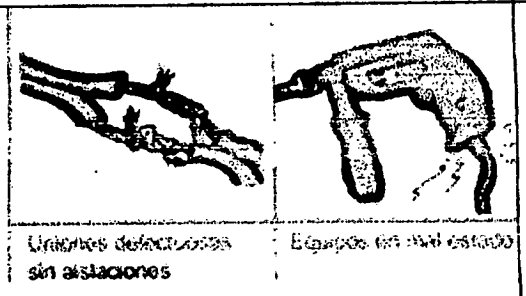
582

| | | | |
|---|---|---|---|
| **16.** El mal uso de esta HERRAMIENTA se debe reportar al encargado de SST, COPASST O JEFE DIRECTO. |  | X | X |
| **17.** Estos no son elementos de protección personal. |  | X | X |
| **18.** Estos son peligros naturales |  | ✓ | X |
| **19.** Debo participar en todas las CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES a las cuales sea invitado por BELZCON SAS | | ✓ | X |
| **20.** En caso de un accidente de trabajo debo dar aviso lo más pronto posible al jefe inmediato o persona encargada de seguridad y salud en el trabajo. | | ✓ | X |

**ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO:**

| | | |
|---|---|---|
| **21.** EQUIPO CONTROL FUEGO | 23 | ✓  |
| **22.** PUNTO DE ENCUENTRO | 24. | ✓  |

| Belzcon Construcción Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

| MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X | | Falso | Verdadero |
|---|---|---|---|
| **12.** No importa en qué estado me encuentre, lo importante es trabajar. |  | X | ✓ |
| **13.** Estos son peligros físicos. |  | ✓ | X |
| **14.** Estos son peligros de seguridad. |  | ✓ | X |
| **MARQUE CON UNA X FALSO O VERDADERO UE CON UNA X FALSO O VERDADERO** | | **Falso** | **Verdadero** |
| **15.** El trabajador en la imagen realiza sus actividades eficientemente. |  | X | ✓ |

| Belzcon Construccion Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

**5. En la Politica de Seguridad y Salud en el trabajo:**

a. Encontramos los integrantes del COPASST.
b. Encontramos que la gerencia general no está comprometida.
c. Encontramos los recursos y a quien está dirigida la política.

**6.** Política no tabaquismo, no alcoholismo, no drogadicción busca:

a. Condiciones de trabajo seguras, sanitarias y eficientes para los empleados.
b. Que tome licor en mi jornada laboral.
a. Estimular actos inseguros.

**7.** Uno de los objetivos de gestión integral HSEQ es:

a. Prevenir la ocurrencia de incidentes (accidentes) y enfermedades laborales.
b. Revisar los puestos de trabajo y rotar a los trabajadores.
c. Documentar quien no lee los procesemos.

**8.** Reglamento interno de trabajo de se debe:

a. Publicar en la sala de la casa de los trabajadores.
b. En las oficinas y campamentos de Belzcon SAS
c. En los baños de los hombres.

**9.** Reglamento de higiene y seguridad y salud en el trabajo me informa sobre;

a. Los peligros a los que estoy expuesto y los EPP que debo usar en mi trabajo.
b. Donde puedo ir a lavarme las manos en la oficina.
c. Donde puedo correr en las instalaciones.

**10.** Como debo comunicar a BELZCON SAS si tengo una enfermedad común o una enfermedad profesional y las recomendaciones que me hacen al respecto:

a. Por escrito al área de Gestión Humana.
b. De forma verbal a mis compañeros de trabajo.
c. De forma verbal a mi jefe directo.

**11.** El reporte de todo accidente de trabajo o incidente lo debo realizar de inmediato a la ARL, al responsable en seguridad y salud en el trabajo de obra o gestión humana así no me genere suspensión de actividades:

a. Si
b. No
c. Depende de la ARL

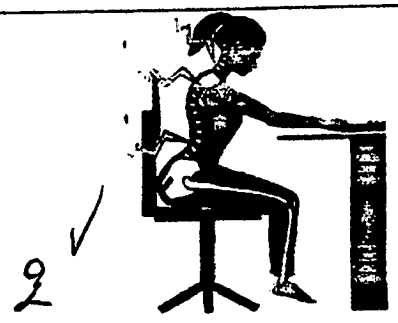
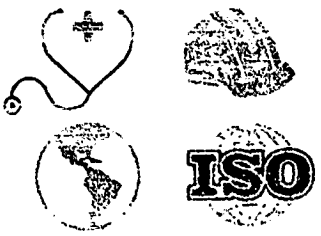
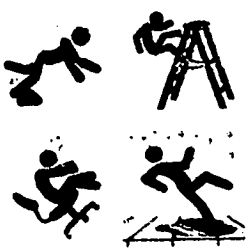
| Belzcon Construcción Propositivo | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | BLZC-FR-SST-09<br>VERSIÓN: 01<br>PAG.1 DE 1<br>2022/12/01 |
|---|---|---|

FECHA: 2-3-2023 CIUDAD: Bogotá CEDULA: 80423497

NOMBRE: Mauro Vargas

CARGO: Operador INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN ____

## ASIMILACIÓN DEL TEMA

| ASOCIE LAS IMÁGENES SEGÚN SU SIGNIFICADO: | | |
|---|---|---|
| 1. PELIGRO | |  2 ✓ |
| 2. ENFERMEDAD LABORAL (EL) | |  1 ✓ |
| 3. SALUD, SEGURIDAD, MEDIO AMBIENTE Y CALIDAD | |  3 ✓ |
| 4. ACCIDENTE DE TRABAJO (AT) | |  4 ✓ |

586

| | | |
|---|---|---|
| BLZCON | **NOTIFICACIONES DE RIESGO** | BLZC -FR-SST-29<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 3<br>01/12/2022 |

- En caso de trasladar herramienta o materiales (palas, picas, barras, etc.), terciarlas cuando se requiera movilizarse por senderos peatonales, para evitar golpear a otros peatones y ubicarlas en el lugar correspondiente.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no debe sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra.
- Instalar la tubería dentro de la excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin (como la retroexcavadora o la grúa) y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue para esta actividad.
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la cédula de ciudadanía.

**Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO**: una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen de egreso.

Yo Mario Vargas identificado con la C.C. Nº 80423497
de Bogotá conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OPERADOR DE MAQUINARIA, la cual se firma el día 2 13 12023 en la ciudad de Bogotá.

OPERADOR DE MAQUINARIA

COORDINADOR / INSPECTOR SISO

587

| | | |
|---|---|---|
| Balzcon | **NOTIFICACIONES DE RIESGO** | BLZC -FR-SST-29<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 3<br>01/12/2022 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | |
| CARGO: | OPERADOR DE MAQUINARIA | | |
| **DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar. | | | |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:<br>**Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad –** Guantes de camaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela y/o PVC) – Respirador y/o **Tapabocas – Capa Impermeable.** | | | |
| RIESGOS EXISTENTES | | | |
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• **Equipos, máquinas y herramientas:** retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• **Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).**<br>• **Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar.** | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• **Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).**<br>• **Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).**<br>• **Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).**<br>• **Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos).** |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• **Tecnológico, Explosión por presiones.**<br>• MECÁNICO Elementos o partes de **herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.**<br>• Objetos del entorno y manejo diario **(herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).**<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), **Incendio, alta carga combustible,**<br>• **Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)**<br>• **LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO.** | X | • FENÓMENO NATURAL: **Inundación**<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del **proyecto geográficamente.**<br>• **Sismo Por ubicación geográfica.**<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias **Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).**<br>• **Factores climáticos y del medio ambiente.**<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, **atentados, asonadas.** |

| NOTIFICACIÓN DE RIESGOS | | | |
|---|---|---|---|
| CARGO: | OPERADOR DE MAQUINARIA ✓ | | |
| **DESCRIPCIÓN**: Notificación de riesgos para el cargo en mención. De acuerdo a su actividad se presentan las normas de seguridad que se deben tener en cuenta y los elementos de protección personal que debe utilizar. | | | |
| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:<br>**Casco – Protector Auditivo – Botas de Seguridad (Material y/o Caucho) – Gafas de Seguridad – Guantes de carnaza – Guantes de Caucho – Overol (Tela y/o PVC) – Respirador y/o Tapabocas – Capa Impermeable.** | | | |
| RIESGOS EXISTENTES | | | |
| X | • **FÍSICOS:** Ruido<br>• Equipos, máquinas y herramientas: retroexcavadora, mini cargador, taladro, canguro, martillo, herramientas manuales de impacto, etc.<br>• Confort térmico Desarrollo de actividades a la intemperie (Día o Noche).<br>• Radiaciones no ionizantes (radiación UV, visible, infrarroja, microondas y radiofrecuencia) Generado por trabajos con alta exposición a la radiación solar. | X | • **PSICOSOCIALES:**<br>• GESTIÓN ORGANIZACIONAL, (Estilo de mando, manejo de cambios).<br>• Características de la organización del trabajo (comunicación, demandas cualitativas de la labor).<br>• Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo).<br>• Condiciones de la tarea (carga mental, demandas emocionales, sistemas de control).<br>• Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos). |
| X | • **CONDICIONES DE SEGURIDAD:**<br>• Tecnológico, Explosión por presiones.<br>• MECÁNICO Elementos o partes de herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos.<br>• Objetos del entorno y manejo diario (herramientas manuales, materiales o elementos de trabajo).<br>• Eléctrico, baja tensión (inferior a 10 KV), incendio, alta carga combustible,<br>• Derrames, superficies de trabajo, defectos del piso (lisos, irregulares, húmedos)<br>• LOCATIVO, ALMACENAMIENTO, ORDEN Y ASEO. | X | • FENÓMENO NATURAL: Inundación<br>• Lluvias Torrenciales ubicación del proyecto geográficamente.<br>• Sismo Por ubicación geográfica.<br>• Tormentas Eléctricas y Lluvias Fuertes (torrenciales, periodos de ola invernal).<br>• Factores climáticos y del medio ambiente.<br>• PUBLICOS: Atracos, robos, atentados, asonadas. |

| | NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS | BLZC -FR-SST-05<br>VERSIÓN: 01<br>PÁG. 1 de 4<br>01/12/2022 |
|---|---|---|

**Bogotá 3 de marzo 2023**

Señor(a): VARGAS COMBA MAURO
**CC.: 80.423.491**
Asunto: NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES MÉDICAS
La Ciudad

**Por medio de la presente la empresa HA CIVIL,** se permite notificar las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas como resultado de su examen médico de **INGRESO**, realizado el día 09 DE SEPTIEMBRE DE 2022, en su **IPS DR. UBSIMAR ALIRIO PARDO MORA,** como cargo: **OPERADOR DE MAQUINARIA,** se le notifica que debe entregar evidencias necesarias para el seguimiento a dichas recomendaciones.

**Agradecemos su colaboración y el estricto cumplimiento de lo anterior solicitado y de la implementación del autocuidado previendo lo mejor para su bienestar.**

**APTO PARA ALTURAS SI (X) NO () NO APLICA ()**

RESTRICCIONES: SI () NO (x)

**RECOMENDACIONES:**

- **Hábitos de vida saludable**
- Uso de protección visual durante la jornada laboral
- **Higiene postural**
- **Ergonomía del puesto de trabajo**
- Uso de EPP según su actividad
- **Estilos de vida saludable**
- Control médico ocupacional anual

**FIRMA RESPONSABLE SGSST**

**EL TRABAJADOR**

596

| | EMPRESA | APELLIDOS Y NOMBRES | CC | CARGO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BELZCON | BAUTISTA CASTELLANOS NES"OR ORLANDO | 8C.190.955 | ING PRESUPUESTO Y CONTROL | 1/12/2022 | | ACTIVO |
| 2 | BELZCON | CIPRIAN CASALLAS GINA PAOLA | 1.0?2.929.637 | INSPECTORA DE OBRA | 1/12/2022 | | ACTIVO |
| 3 | BELZCON | GARCIA MANCIPE VIVIANA PAULINA | 52.990.836 | PROFESIONAL SOCIAL | 1/12/2022 | | ACTIVO |
| 4 | BELZCON | ORTIZ SABOGAL DAVID ORLANDO | 1.0?2.423.111 | INSPECTOR DE OBRA | 1/12/2022 | | ACTIVO |
| 5 | BELZCON | RICAURTE RODRIGUEZ YOANNA MARCELA | 52.834.631 | PROFESIONAL AMBIENTAL | 1/12/2022 | | ACTIVO |
| 6 | BELZCON | CUERVO GILANGÉLICA MARÍA | 52.901.081 | PROFESIONAL SST | 21/12/2022 | | ACTIVO |
| 7 | INDEPENDIENTE | CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO | 1.0?6.027.868 | ESP. TRANSITO | 16/01/2023 | | ACTIVO |
| 8 | BELZCON | FRANCO CARBONELL GUSTAVO | 1?.226.368 | DIRECTOR DE OBRA | 16/01/2023 | 28/02/2023 | RETIRO |
| 9 | INDEPENDIENTE | PORTILLA HERNANDEZ JONH EDILBERTO | 94.512.542 | PROFESIONAL DE CALIDAD | 16/01/2023 | | ACTIVO |
| 10 | BELZCON | RODRIGUEZ LLANOS JUAN SEBASTIAN | 1.010.561.956 | INSP. TECNICO | 3/01/2023 | | ACTIVO |
| 11 | BELZCON | RUIZ BELTRAN JIMMY ALBERTO | 13.615.960 | RESIDENTE DE OBRA | 16/01/2023 | 23/02/2023 | RETIRO |
| 12 | BELZCON | TONCEL ARÉVALO JORGE BERNARDO | 1.041.818.C22 | RESIDENTE DE OBRA | 3/02/2023 | | ACTIVO |
| 13 | HA CIVIL | AREVALO FUENTES ANGEL | 3.166.907 | AYUDANTE | 4/02/2023 | | ACTIVO |
| 14 | HA CIVIL | GUTIERREZ GAMBA OSWALDO | 9.457. 791 | MAESTRO DE OBRA | 4/02/2023 | | ACTIVO |
| 15 | HA CIVIL | HUERTAS PEDREROS CARLOS JULIO | 4.290.921 | OFICIAL | 4/02/2023 | | ACTIVO |
| 16 | HA CIVIL | LOZANO MENDOZA ANDERSON ANTONIO | 1.054.545.246 | BOBL | 4/02/2023 | | ACTIVO |
| 17 | HA CIVIL | NOGUERA JIMENEZ JIVER | 1.068.787.817 | OPERARDOR MINI | 8/02/2023 | | ACTIVO |
| 18 | HA CIVIL | ZORRO SANCHEZ ALEXANDER | 8? 732.9c8 | AYUDANTE | 4/02/2023 | 1/03/2023 | RETIRO |
| 19 | HA CIVIL | HUERTAS PEDREROS BE ARMINO | 79. 798. 620 | AYUDANTE | 21/C2/2C23 | | ACTIVO |
| 20 | HA CIVIL | PABON MARTINEZ JOSE ALQUIMEDES | 7 .339.476 | OFICAL | 21/C2/2C23 | | ACTIVO |
| 21 | HA CIVIL | VANEGAS GUTIERREZ EUSEO | 7.351.95; | AYUDANTE | 21/C2/2C23 | | ACTIVO |
| 22 | HA CIVIL | HUERTAS SANCHEZ ALEXANDER | 1.?12.337.647 | CONTRATISTA | 21/C2/2C23 | | ACTIVO |
| 23 | HA CIVIL | TAMAYO MENDEZ LUIS DAVID | 1.010-244.C47 | AYUDANTE | 8/03/2023 | | INGRESO |
| 24 | HA CIVIL | GOMEZ SILVA EDILBERTC | 83.128.2C1 | OFICIAL | 8/03/2023 | 10/03/2023 | INGR-SO RETIRO |
| 25 | HA CIVIL | GOMEZ SILVA MANUEL ANTONIO | 8C. 131. 260 | OFICIAL | 8/03/2023 | 10/03/2023 | INGR.SO-RETIRO |
| 26 | HA CIVIL | OCAMPO QUIÑONES OSCAR DUVAN | 1.087.205. 729 | AYUDANTE | 8/03/2023 | | INGRESO |
| 27 | HA CIVIL | LOPEZ CASTRO RAMON | 19.471.239 | OFICIAL | 3/03/2023 | | INGRESO |
| 28 | HA CIVIL | PAMPLONA VELA JHON FREDY | 1.C24.512.562 | AYUDANTE | 8/03/2023 | | INGRESO |
| 29 | HA CIVIL | BUITRAGO DELGADO RICARDO | 79. 576. 898 | AYUDANTE | 9/03/2023 | 10/03/2023 | INGR-SO RETIRO |
| 30 | HA CIVIL | VARGAS MAURO | 80.423.491 | OPERADOR RETRO | 2/03/2023 | | INGRESO |
| 31 | HA CIVIL | ROMERO ESPITIA NEYARDO | 1.911.107 | AYUDANTE | 2/03/2023 | | INGRESO |
| 32 | HA CIVIL | RAMIREZ MARTIN ANTONIO | 1.031 159.117 | AYUDANTE | 2/03/2023 | | INGRESO |
| 33 | HA CIVIL | VERA ISRAEL | 9.964.994 | AYUDANTE | 22/03/2023 | | INGRESO |
| 34 | HA CIVIL | ODURAL CAMPODONICO JESUS ARTURO | 935.016 | AYUDANTE | 17/03/2023 | | INGRESO |
| 35 | DFL | LUKE CASTRO DUVAN FELIPE | 1.077.975.089 | AYUDANTE | 22/03/2023 | | INGRESO |
| 36 | DFL | VELOZA PARRA FABIAN | 1.024.524.338 | AYUDANTE | 22/03/2023 | | INGRESO |
| 37 | BELZCON | SALGADO ANDRADE SERGIO YAIR | 1.075 654.567 | RESIDENTE DE OBRA | 2/03/2023 | | INGRESO |
| 38 | BELZCON | OMER URIEL SANCHEZ CASTRO | 79.279.044 | DIRECTOR DE OBRA | 1/03/2023 | | INGRESO |
| | | | | | | | |

# Liquidación definitiva de contrato de trabajo

| | |
|---|---|
| **Nombre del empleado** | GUSTAVO FRANCO CARBONELL |
| **C.C.** | 19266368 |
| **Compañía** | BELZCON SAS |
| **Dependencia** | CONTRATO IDRD 2664 |
| **Cargo** | DIRECTOR DE OBRA |
| **Tipo de contrato** | A termino fijo |
| **Motivo de terminación del contrato** | Terminacion Mutuo Acuerdo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Salario básico** | 2.500.000 | **Periodo de pago** | Mensual |
| **Auxilio de transporte** | - | **1° dia del año corriente** | 01/01/2023 |
| **Otros pagos salariales** | - | **Fecha de ingreso** | 01/12/2022 |
| **Base liquidación (Prima - Cesantias - Intereses)** | 2.500.000 | **Fecha de salida** | 28/02/2023 |
| **Base liquidación (vacaciones)** | 2.500.000 | **Dias totales laborados** | 90 |
| **Pagos y/o anticipos de prima durante el año corriente** | - | **Dias laborados en el año corriente** | 60 |
| **Anticipos de cesantias durante el año corriente** | - | **Ultimo pago de nómina** | 31/01/2022 |
| **Dias de prima pendientes por liquidar** | 60 | **Dias laborados pendientes de pago** | 30 |
| **Dias de vacaciones pendientes por disfrutar** | 4 | | |

## Liquidación definitiva del contrato de trabajo y sus prestaciones sociales

| *Devengado* | | | *Deducciones* | |
|---|---|---|---|---|
| Salario | | 2.500.000 | Aportes EPS | 100.000 |
| Auxilio de transporte | | - | Aportes AFP | 100.000 |
| Alquiler Equipos | | 2.500.000 | Aportes FSP | - |
| Indemnizacion por retiro sin justa causa | | - | Préstamos Compañía | - |
| Prima de servicios | | 416.667 | Descuento Vacaciones | - |
| Cesantías | | 416.667 | Otros conceptos | 124.150 |
| Intereses a las cesantias | | 8.333 | | |
| Vacaciones | | 312.500 | **Total deducciones** | **$ 324.150** |
| Otros (TI) | | - | | |
| **Total devengado** | **$** | **6.154.166** | | |

**Total liquidación definitiva del contrato de trabajo** **$** **5.830.016**

***SON: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL DIECISEIS PESOS M/CTE***

En la presente liquidacion se hace constar que en consideración a que la obtención de los datos contables, elaboración y revisión de la presente liquidacion su aprobación y giro del cheque ha exigido mas de un (1) dia por lo cual ha sido fisicamente imposible pagar en el instante de la terminación del contrato, el trabajador acepta que el termino transcurrido entre la terminación del contrato y la fecha de pago de esta liquidación, ha sido el necesario, razonable y prudencial para estos efectos y que en consecuencia esta justificado el tiempo transcurrido para el mismo

Igualmente, se hace constar por las partes que con el pago de la suma de dinero a que hace referencia la presente liquidacion, queda transada cualquier diferencia relativa al Contrato de Trabajo que ha quedado terminado. Por consiguiente esta transaccion tiene como efecto la extinción de las obligaciones provenientes de la relacion laboral que existio entre el empleador y el trabajador, quienes se declaran recíprocamente a paz y salvo por los conceptos expresados.

**Firma del trabajador**
**GUSTAVO FRANCO CARBONELL**
**19266368**

**Firma del empleador**
**BELZCON SAS**

CIVILES S.A.S

# PAZ Y SALVO

Yo, ALEXANDER ZORRO SANCHEZ mayor de edad identificado con cédula No. 80.732.966 expedida en Tabio Cundinamarca.

## HAGO CONSTAR

Que he prestado mis servicios como Ayudante de obra en el **CONTRATO DE OBRA BEL- PGC -001-2023.**

Declaro que el contratista **HA. CIVILES S.A.S** identificado con NIT **901.528.981-6**, cuyo representante legal es el Sr. **ALEXANDER HUERTAS SANCHEZ** identificada con **C.C 1.012.337.847** se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto de salarios y prestaciones sociales.

Para constancia se firma en Bogotá, el 20 de febrero de 2023.

**El empleado**

**C.C. 80.732.966**

**El Contratista.**
**ALEXANDER HUERTAS SANCHEZ**
**C.C. 1012337847**

CR. 77 C 64 A SUR – 06 CEL: 3008107119 – 3175291876 TEL. 8194933
hacivilessas@gmail.com

CIVILES S.A.S

593

Bogotá D.C. 20 de febrero de 2023

Señores:

**BELZCON S.A.S.**

Atn, Dr. Jorge Mario Belzner

Gerente Administrativo

Ciudad,

**Referencia:** "MANTENIMIENTO, MEJORAMIENTO, ADECUACIÓN, REPARACIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS PARQUES DE LA RED DE PROXIMIDAD QUE INTEGRAN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES".

**Asunto:** RENUNCIA AL CARGO DE RESIDENTE DE OBRA

Respetado Dr. Jorge Mario:

Respetuosamente me dirijo, para presentar mi renuncia al cargo de residente de obra, para el contrato de la referencia, no sin antes agradecerle a usted y a tan prestigiosa empresa, por haber tenido en cuenta mis servicios y por brindarme la posibilidad de tener una familia tan importante como BELZCON, Dios los bendiga y los mejores deseos para la culminación de este proyecto y los venideros.

Muchas gracias por la atención prestada.

Cordialmente,

**Ing. JIMMY RUIZ BELTRAN**

MAT. 25202-118974 CDN

CEL. 321 8854319

594

| ÁREA O PROCESO | ACTIVIDAD | | PELIGRO | | | CONTROLES EXISTENTES | | | EVALUACION DEL RIESGO | | | | | | | VALORACION DEL RIESGO | CRITERIOS PARA ESTABLECER CONTROLES | | | MEDIDA DE INTERVENCION | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | RUTINARIA | NO RUTINARIA | DESCRIPCION | CLASIFICACION | EFECTOS POSIBLES | FUENTE | MEDIO | TRABAJADOR | NIVEL DE DEFICIENCIA | NIVEL DE EXPOSICION | NIVEL DE PROBABILIDAD (ND X NE) | INTERPRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD | NIVEL DE CONSECUENCIA | NIVEL DE RIESGO (NR) O INTERVENCION | INTERPRETACION DEL NR | ACEPTABILIDAD DEL RIESGO | No. DE EXPUESTOS | PEOR CONSECUENCIA | EXISTENCIA DE REQUISITO LEGAL ASOCIADO (SI NO) | ELIMINACION | SUSTITUCION | CONTROLES DE INGENIERIA | CONTROLES ADMINISTRATIVO | EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | RESPONSABLE |
| ESTRUCTURA , ACABADOS | X | | Fundición de vigas y columnas | CONDICIONES DE SEGURIDAD | Fracturas en la persona y/o la muerte | Instalar andamios certificados | Señalizar el área. | Inducción HSEQ, Utilizar EPP. | 6 | 3 | 18 | A | 60 | 1080 | I | No Aceptable | 18 | Muerte | SI | | | | Capacitación en autocuidaco. | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Caida de personas desde alturas en andamios y plataformas de trabajo. | | Caidas de personas a mismo nivel y diferente nivel, rasbatones, golpes, lesiones osteomusculares, contusiones, Muerte. | Instalar andamios certificados | Señalizar el área. | Utilizar EPP | 6 | 3 | 18 | A | 60 | 1080 | I | No Aceptable | 18 | Fracturas | SI | | | Mejorar las condiciones del piso (que sea uniforme) | Realizar examen de agilitud en alturas y realizar curso avanzado. | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas, arnes. | Coord. SST, Dirección de obra. |
| | X | | Compactación de terreno con Canguros y Ranas | | Proyección de material particulado o elementos de la maquinaria | Ninguno | N.A | Utilizar EPP | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Afectación en organos blancos (ojos) | NO | | | Mejorar las condiciones y el estado de la maquinaria(mateniemientos ) | Capacitación en autocuidaco, Capacitación en manipulación adecuada de Maquinaria Electrica | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas, arnes. | Coord. SST |
| | X | | Caida de alturas desde escaleras manuales. | | Caidas de personas a mismo nivel y diferente nivel, rasbatones, golpes, lesiones osteomusculares, contusiones, Muerte. | Instalar escalera solida y con pasamanos. | Señalizar el área. | Utilizar EPP | 6 | 3 | 18 | A | 60 | 1080 | I | No Aceptable | 18 | Fracturas | SI | | | Mejorar las condiciones del piso (que sea uniforme) | Capacitacion en higiene personal. Autocuidado. | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Caidas al mismo nivel en ocasión de circular sobre arreduras. | | Caidas de personas a mismo nivel y diferente nivel, rasbatones, golpes, lesiones osteomusculares, contusiones, Muerte. | Ninguno | Señalizar el área. | Utilizar EPP | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Fracturas | NO | | | | Capacitación en higiene personal. Autocuidado. | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Golpes por caidas de materiales, objetos y herramientas. | | Golpes esguinces, fracturas, abraciones | Ninguno | Señalizar el área. | Utilizar EPP | 2 | 3 | 6 | M | 25 | 150 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Fracturas | NO | | | | Capacitación en higiene personal. Autocuidado. | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Contactos eléctricos indirectos con maquinaria de obra. | | Fracturas en la persona y/o la muerte | Mantenimiento preventivo a maquinas | Señalizar el área. | Utilizar EPP | 2 | 3 | 6 | M | 25 | 150 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | fractura | NO | | | | capacitar al personal en autocuidado. | Botas de seguridad, guantes, casco, | Coord. SST |
| | X | | Cortes en las manos durante la manipulación de equipos | | Fracturas en la persona y/o la muerte | Ninguno | Ninguno | Utilizar EPP | 2 | 2 | 4 | B | 60 | 240 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | fractura | NO | | | | capacitar al personal en autocuidado. | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Atrapamientos en manos con los objetos manuales. | | fracturas | Ninguno | De realiza Inducción del SGI. | Ninguno | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Enfermedades derivadas del estrés | SI | | | | Implementar programa de Vigilancia Epidemiológica según lo establece la resolución 2646 de 2008 | | Coord. SST |
| | X | | Condiciones de la tarea (Monotonia, demandas emocionales) | PSICOSOCIAL | Por bajo de concentración se puedan generar golpes, lesiones, caidas, etc., enfermedades derivadas del diseatres | Ninguno | Realiza Inducción del SGI. | Utilizar EPP | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Enfermedades derivadas del estrés | SI | | | | Implementar programa de Vigilancia Epidemiológica según lo establece la resolución 2646 de 2008 | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Jornadas de Trabajo (ausencia de pausas autoadministradas o dirigidas) | | Fatiga física, baja la concentración del trabajador. trastornos musculares. | Ninguno | Ninguno | Ninguno | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Enfermedades derivadas del estrés | SI | | | | Implementar programa de Vigilancia Epidemiológica según lo establece la resolución 2646 de 2008 | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Exposición a posturas (prolongada mantenida y anti gravitacional), en la digitación de documentos y el riesgo aumenta cuando las sillas no son adecuados o se encuentran en mal estado. | Biomecánico | Dorsalgia, Cervicalgia, ciática, lumbago con ciática, Lumbago no especificado. | Ninguno | Ninguno | Descansos entre jornada laboral | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Dolores lumbares | SI | Eliminar uso de bicicletas | | | Implementar Programa de Gestión en Ergonomía, implementar pausas activas | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | | | Realizar resane de pintura de muebles estantes con soplete a base de gas propano. | CONDICIONES DE SEGURIDAD | Resalto de caida o desmayo por inhalación de gas, explosion o incendio | Ninguno | señalizacion de Área | uso de caretas | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | DESMAYOS , CAIDAS A MMVEL | NO | | | CHARLA SOBRE PROCEDIMIENTO ADECUADO DEL SOPLETE | Capacitación en higiene personal. Autocuidado. | Botas de seguridad, guantes, casco, careta. | Coord. SST |
| | X | | Realizar tareas de preparación y aplicación con varios sistemas de distinto tipo de pintura y revestimientos. | locativo | Proyección de particulas en la preparación o aplicación de pinturas o revestimientos . | Ninguno | Ninguno | Descansos entre jornada laboral | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Fracturas | NO | | | Seguir los lineamientos establecidos 1809 del 2002, ley 55 del 1993 | Capacitar el personal en manipulación de sustancias peligrosas | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Exposición a cableados en la zona bajo de los puestos de trabajo, aumenta el riesgo por actos inseguros (correr). | | Golpes, esguinces, fracturas, abraciones | Ninguno | Ninguno | Inducción HSEQ. | 2 | 3 | 6 | M | 25 | 150 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Fracturas | NO | Amarrar los cables sueltos que se encuentren debajo de los puestos de trabajo. | | | Capacitacion en autocuidaco | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Terrenos irregulares, resbalosos y con diferencia de nivel. | | Caidas de personas a mismo nivel y diferente nivel, rasbatones, golpes, lesiones osteomusculares, contusiones, Muerte. | Ninguno | Ninguno | Bota de seguridad | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Muerte | NO | | | | Implementar programa camine seguro, capacitación en autocuidaco e identificación de peligros. | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Mamposteria, Preparación y armado de andamios, Levantamiento de muros, corte de ladrillo, Preparación y traslado de ladrillos y la mezcla de cemento. | condiciones de seguridad | Golpes y cortes en manos, lesiones musculares, contacto eléctrico, Golpes en miembros superiores e inferiores, caidas a nivel, sobre esfuerzos, atrapamientos, proyección de particulas a la vista, suelos, contacto eléctrico. Lesiones en la piel. Ruido, caidas a nivel y sobre nivel, sobre esfuerzos, atrapamiento, contacto eléctrico. Caidas de objetos al vacio. Ruido | Los andamios deben ser diseñados para las cargas que ha de soportar. Los pies derechos o soportes perpendiculares deben tener bases adecuadas al suelo que los soporte | Señalización | Utilizar EPP | 2 | 3 | 6 | M | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Muerte | SI | | | | Capacitar al personal en armado y desarmado de andamios, auto cuidado | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Por la falta de adecuados senderos peatonales, aumenta el riesgos con el transito de vehiculos pesados, y el sendero peatonal no es adecuado para transito, tiene huecos sin señalizar, y el piso del es irregular con riesgo de caida y lesiones de tipo | Accidentes de Transito | Golpes, fracturas, lesiones multiples, aplastamiento, hasta la muerte | Sendero peatonal | Señalización | Ninguno | 2 | 2 | 4 | B | 100 | 400 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Muerte | SI | | | Mejorar las condiciones del sendero peatonal actual (señalizar) | Mejorar las condiciones del sendero peatonal actual (señalizar) | Botas de seguridad. | Coord. SST |
| | X | | Instalación de tuberia sanitaria, pruebas hidrostáticas | condiciones de seguridad | Golpes, fracturas, lesiones multiples, aplastamiento, hasta la muerte | Ninguno | utilizacion de equipos calibrados | Utilizar EPP | 2 | 3 | 6 | B | 60 | 360 | II | Aceptable con medidas de control | 18 | Fracturas | NO | | | | capacitar al personal en autocuidado, ojos y mente en la tarea | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | | Contacto directo o indirecto con fuentes de energía tales como (Tableros eléctricos sin señalizar o delimitar el ingreso o acercamiento a los puntos energizados, tomacorrientes, cables sin recubrimiento) | Eléctrico | Se puede ocasionar el estado fisiopatológico de shock, que presenta efectos circulatorios y respiratorios simultáneamente. Fibrilación ventricular. Electrización paso de corriente no mortal. Electrocución que ocasiona muerte, la cual puede ser aparente, inmediata o posterior. Tetanización muscular. Asfixia. Quemaduras o necrosis eléctrica. Otros efectos colaterales tales como fracturas, contusiones, contracciones, golpes, aumento de la presión sanguínea, arritmia, fallas en la respiración, dolores sordos, pero temporal del corazón, etc. | Ninguno | Señalización de los puntos de riesgo. Inducción. | Suministro de EPP dieléctricos tales como botas, casco. | 2 | 2 | 4 | B | 60 | 240 | [redacted] | Aceptable con medidas de control | 18 | Muerte | SI | | | Exigir en lo posible al constructor el establecimiento de distancias de seguridad, interposición de obstáculos, aislamiento o recubrimiento de partes activas, utilización de interruptores diferenciales, puesta a tierra, probar ausencia de tensión, doble aislamiento | Exigir al contructor el uso de permisos de trabajo.<br><br>Capacitacion del personal en autocuidado e identificación de peligros. | Suministro de epp Dieléctricos (casco, botas) | Coord. SST |
| | X | | Cortocircuito por fallas de aislamiento, impericia de los técnicos, accidentes externos, ventos fuertes, humedades, equipos defectuosos, cableado inadecuado sin recubrimiento, aumenta el riesgo cuando no se cuenta con equipo para extinción de incendio en tareas críticas durante el proceso de soldadura. | | Incendios, quemaduras, estrés, muerte. | Ninguno | Plan de Emergencias, brigadas | Ninguno | 2 | 2 | 4 | B | 60 | 240 | [redacted] | Aceptable con medidas de control | 18 | Muerte | SI | | | | Capacitar la brigada en manejo de incendios, ubicar extintores estratégicamente en toda la obra.<br>Inspeccionar el cableado eléctrico y dejar registro del mismo.<br>Uso de permisos de trabajo por parte del constructor, con los medidos que garanticen el control del riesgo | Suministro de epp Dieléctricos (casco, botas) | Coord. SST |
| | X | | Exposición a temperaturas altas por calor o frío | físico | Disconfort térmico, estrés | Ninguno | Ninguno | Dotación | 2 | 2 | 4 | B | 25 | 100 | [redacted] | Aceptable | 18 | Enfermedades derivadas del estrés | NO | | | | | | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | X | | Atentado terrorista | Público | Quemaduras, atrapamientos por colision de estructuras, golpes por caídos a mismo nivel, fracturas e incluso la muerte. | Ninguno | Vigilancia privada al ingreso de las instalaciones. | Ninguno | 2 | 2 | 4 | B | 25 | 100 | [redacted] | Aceptable | 18 | Muerte | NO | | | | Verificar en el análisis de amenaza y vulnerabilidad que el constructor tenga identificado esa amenaza y los respectivos controles | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |
| | x | | Exposición a movimientos sísmicos. | Fenómenos Naturales | Golpes, caídas a nivel, fracturas. | Ninguno | Plan de emergencias, rutas de evacuación. | Brigada conformada | 2 | 3 | 6 | [redacted] | 60 | 300 | [redacted] | Aceptable con medidas de control | 18 | Fracturas | SI | | | | Verificar en el análisis de amenaza y vulnerabilidad que el constructor tenga identificado esa amenazay los respectivos controles | Botas de seguridad, guantes, casco, gafas. | Coord. SST |

965

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901252860 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | BELZCON SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 105 46B 6 | TELÉFONO: | 8052552 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Construcción de otras obras de ingeniería civil. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7873252660 | TIPO DE PLANILLA: | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO |
| DÍAS DE MORA: | 10 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/03/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 230201- PROTECCION | 4 | $ 1,017,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 12,300 | $ 0 | $ 1,017,000 | $ 12,300 | |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 7 | $ 1,314,200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 15,900 | $ 0 | $ 1,314,200 | $ 15,900 | |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 8 | $ 1,845,500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 22,400 | $ 0 | $ 1,845,500 | $ 22,400 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 4,176,700 | $ 50,600 | |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 12 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 575,600 | $ 0 | $ 7,000 | $ 0 | $ 575,600 | $ 7,000 | $ 0 | |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 52,000 | $ 0 | $ 700 | $ 0 | $ 52,000 | $ 700 | $ 0 | |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 60,000 | $ 0 | $ 800 | $ 0 | $ 60,000 | $ 800 | $ 0 | |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 5 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 270,100 | $ 0 | $ 3,300 | $ 0 | $ 270,100 | $ 3,300 | $ 0 | |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 260,000 | $ 0 | $ 3,200 | $ 0 | $ 260,000 | $ 3,200 | $ 0 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 1,217,700 | $ 15,000 | $ 0 | |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 21 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 1,504,200 | $ 1,504,200 | $ 18,200 | $ 0 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 1,504,200 | $ 18,200 | $ 0 | |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PA |
|---|---|---|---|---|---|
| CCF43 | CCF43-COMFENALCO QUINDIO | 1 | $ 120,000 | $ 1,500 | |
| CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 20 | $ 1,097,700 | $ 13,300 | |
| SUBTOTALES: | | | $ 1,217,700 | $ 14,800 | |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1001113770 | ADRIANO SANCHEZ NANCY YULIETH | DEPEND | | $ 1,300,000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | CC 1012423111 | ORTIZ SABOGAL DAVID ORLANDO | DEPEND | | $ 1,400,000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | CC 1012429837 | GONZALEZ CASALLAS DINNA PAOLA | DEPEND | | $ 1,182,828 | FIJO | | | SI | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | |
| 4 | CC 1014168336 | NIETO AREVALO JOSE OLIVER | DEPEND | | $ 1,160,000 | FIJO | | | SI | 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | CC 1030661956 | RODRIGUEZ LLANOS JUAN SEBASTIAN | DEPEND | | $ 1,160,000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | CC 2075654367 | SALDAÑA ANDRADE SERGIO YAIR | DEPEND | | $ 3,480,000 | FIJO | | | SI | 27 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | CC 1061818022 | GONDEL AREVALO JORGE BERNARDO | DEPEND | | $ 3,500,000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | CC 91303226 | MOSQUERA LO SALVA CARLOS AUGUSTO | DEPEND | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 2,000,000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | CC 13815000 | RIOS BELTRAN JIMMY ALBERTO | DEPEND | | $ 1,160,000 | FIJO | | | SI | | 20 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | CC 16398380 | CHAGUN ANGEL ANDRES MAURICIO | DEPEND | | $ 3,000,000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | CC 19268368 | FRANCO CARBONELL GUSTAVO | DEPEND | PENS VOL ACT | $ 2,500,000 | FIJO | | | SI | | 26 | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1,300,000 | $ 208,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208,000 |
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1,400,000 | $ 224,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 224,000 |
| 230201-PROTECCION | 30 | $ 1,160,000 | $ 185,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185,600 |
| 230201-PROTECCION | 18 | $ 696,000 | $ 111,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 111,400 |
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1,160,000 | $ 185,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185,600 |
| 230301-PORVENIR | 4 | $ 464,000 | $ 74,300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 74,300 |
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 3,500,000 | $ 560,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 560,000 |
| | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 |
| 25-14 COLPENSIONES | 20 | $ 773,334 | $ 123,800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 123,800 |
| 230201-PROTECCION | 30 | $ 3,000,000 | $ 480,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 480,000 |
| | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 |

| SEGURIDAD SOCIAL SALUD ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1,300,000 | $ 52,000 | $ 0 | $ 52,000 |
| EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1,400,000 | $ 56,000 | $ 0 | $ 56,000 |
| EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1,160,000 | $ 46,400 | $ 0 | $ 46,400 |
| EPS017-FAMISANAR | 18 | $ 696,000 | $ 27,900 | $ 0 | $ 27,900 |
| EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1,160,000 | $ 46,400 | $ 0 | $ 46,400 |
| EPS005-SANITAS S.A. | 4 | $ 464,000 | $ 18,600 | $ 0 | $ 18,600 |
| EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 3,500,000 | $ 140,000 | $ 0 | $ 140,000 |
| EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 2,000,000 | $ 80,000 | $ 0 | $ 80,000 |
| EPS005-SANITAS S.A. | 20 | $ 773,334 | $ 31,000 | $ 0 | $ 31,000 |
| EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 3,000,000 | $ 120,000 | $ 0 | $ 120,000 |
| EPS017-FAMISANAR | 26 | $ 2,333,334 | $ 93,400 | $ 0 | $ 93,400 |

| SEGURIDAD SOCIAL ARP ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,300,000 | 2 | $ 13,600 |
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,400,000 | 5 | $ 97,500 |
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,160,000 | 2 | $ 12,200 |
| 14-11 - ARL SURA | 18 | $ 696,000 | 6 | $ 48,500 |
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,160,000 | 5 | $ 60,800 |
| 14-11 - ARL SURA | 4 | $ 464,000 | 5 | $ 32,300 |
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 3,500,000 | 06 | $ 243,600 |
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2,000,000 | 02 | $ 70,900 |
| 14-11 - ARL SURA | 20 | $ 773,334 | 5 | $ 53,900 |
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 3,000,000 | 7 | $ 208,800 |
| 14-11 - ARL SURA | 26 | $ 2,333,334 | 5 | $ 162,600 |

| PARAFISCALES CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|
| CCF22-COLSUBSIDIO | $ 62,000 | $ 0 | |
| CCF22-COLSUBSIDIO | $ 58,000 | $ 0 | |
| CCF22-COLSUBSIDIO | $ 46,400 | $ 0 | |
| CCF22-COLSUBSIDIO | $ 27,900 | $ 0 | |
| CCF22-COLSUBSIDIO | $ 46,400 | $ 0 | |
| CCF22-COLSUBSIDIO | $ 18,600 | $ 0 | |
| CCF22-COLSUBSIDIO | 140,000 | $ 0 | |
| CCF22-COLSUBSIDIO | $ 80,000 | $ 0 | |
| CCF22-COLSUBSIDIO | $ 31,000 | $ 0 | |
| CCF43-COMFENALCO QUINDIO | 120,000 | $ 0 | |
| CCF22-COLSUBSIDIO | $ 93,400 | $ 0 | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901252860 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | BELZCON SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 103 46Z 6 | TELÉFONO: | 3052552 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Construcción de otras obras de ingeniería civil. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 7673252660 | TIPO DE PLANILLA: |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES marzo AÑO |
| DÍAS DE MORA: | | 10 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/03/24 | NÚMERO AUTORIZACION: |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | ICB |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RENTA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 12 | CC 39777830 | CALLE SERRANO BELARMINA | DEPEND | | $ 1.160.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 46.400 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | 2 | $ 12.200 | 30 | $ 1.160.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 46.400 | $ 0 | |
| 13 | CC 51774749 | CASTAÑEDA BOLIVAR RUFINA | DEPEND | | $ 1.160.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 46.400 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | 2 | $ 12.200 | 30 | $ 1.160.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 46.400 | $ 0 | |
| 14 | CC 52010681 | PARDO NANCY SOFIA | DEPEND | | $ 1.300.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | $ 52.000 | $ 0 | $ 52.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.300.000 | 2 | $ 13.600 | 30 | $ 1.300.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 52.000 | $ 0 | |
| 15 | CC 52834831 | ACUARITE RODRIGUEZ JOHANNA MARCELA | DEPEND | | $ 1.500.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.500.000 | $ 240.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 240.000 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.500.000 | $ 60.000 | $ 0 | $ 60.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.500.000 | 5 | $ 104.400 | 30 | $ 1.500.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 60.000 | $ 0 | |
| 16 | CC 52901081 | CUERVO DIAZ ANGELICA MARIA | DEPEND | | $ 1.500.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.500.000 | $ 240.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 240.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.500.000 | $ 60.000 | $ 0 | $ 60.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.500.000 | 5 | $ 104.400 | 30 | $ 1.500.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 60.000 | $ 0 | |
| 17 | CC 52960536 | GARCIA MANCIPE VIVIANA YAMILE | DEPEND | | $ 1.200.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.200.000 | $ 192.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 192.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.200.000 | $ 48.000 | $ 0 | $ 48.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.200.000 | 5 | $ 83.600 | 30 | $ 1.200.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 48.000 | $ 0 | |
| 18 | CC 79249753 | BEDNER SALAZAR WILLY PATRICK | DEPEND | | $ 1.160.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 46.400 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | 2 | $ 12.200 | 30 | $ 1.160.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 46.400 | $ 0 | |
| 19 | CC 79279044 | SANCHEZ CASTRO ELMER ABEL | DEPEND | | $ 4.500.000 | FIJO | | | SI | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 9 | $ 1.350.000 | $ 216.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 216.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 9 | $ 1.350.000 | $ 54.000 | $ 0 | $ 54.000 | 14-11 - ARL SURA | 9 | $ 1.350.000 | 5 | $ 84.000 | 9 | $ 1.350.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 54.000 | $ 0 | |
| 20 | CC 80080732 | BEDNER SALAZAR JORGE MARIO | DEPEND | | $ 1.160.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 46.400 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | 2 | $ 12.200 | 30 | $ 1.160.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 46.400 | $ 0 | |
| 21 | CC 80190955 | BAUTISTA CASTELLANOS NESTOR ORLANDO | DEPEND | | $ 1.160.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 46.400 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | 5 | $ 80.800 | 30 | $ 1.160.000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 46.400 | $ 0 | |

| TOTAL | $ |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 94532542 | JOHNN EDILBERTO PORTILLA HERNANDEZ | Carrera 16 # 134A 40 apto 405 | 7583076 | JHONPORTILLA@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-02 | 2023-02 | I | 06/03/2023 | 68084436 | $1.117.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Estudiante | INO | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | ISC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 94532542 | PORTILLA HERNANDEZ JOHNN EDILBERTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 3.850.000 | 616.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 3.850.000 | 451.200 | 14-11 | 3.850.000 | 1 | 20.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

599

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 94532542 | JOHNN EDILBERTO PORTILLA HERNANDEZ | Carrera 16 # 134A 40 apto 405 | 7583076 | JHONPORTILLA@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-02 | 2023-02 | I | 06/03/2023 | 66064436 | $1.117.400 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 481.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 481.300 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 616.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 616.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 20.100 | | | | 20.100 | 0 | 0 | 20.100 | | | 201 | 20.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 481.300 | 481.300 |
| Pensión | 1 | 616.000 | 616.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 20.100 | 20.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 1.117.400 | 1.117.400 |

209

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