INFORME MENSUAL N°01

INFORME DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONTRATO DE OBRA No. 116-2023

CONSTRUCCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA LA LOCALIDAD DE LA PLANADA DE AVIRAMA Y SECTORES ALEDAÑOS, RESGUARDO DE AVIRAMA, MUNICIPIO DE PÁEZ, DEPARTAMENTO DEL CAUCA



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 3

2. DATOS DEL CONTRATO DE OBRA 4

3. AFILIACIONES A SEGURIDAD SOCIAL Y PAGOS 5

4. ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 5

4.1 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 5

4.2 PROGRAMA DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 6

- 4.2.1 Inspecciones Orden y Aseo 6

4.2.2 Inspección EPP, Dotación Y Equipos De Emergencia 7

4.2 PROGRAMA DE DOTACIÓN O RENOVACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 7

4.3 COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA. 7

4.4 Plan de emergencias y contingencias. 8

4.5 Actividades de medicina preventiva y del trabajo. 8

- 4.5.1 Pausas Activas: 8
- 4.5.2 Perfil sociodemográfico y condiciones de salud: 8

4.6 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo 8

4.7 Comité de convivencia 8

4.8 EVALUACIÓN DEL SG-SST -INIDICADORES 9

5 Registro fotográfico 10

6 ANEXOS 12

1. INTRODUCCIÓN

La ejecución de la obra de construcción del establecimiento de salud, contrato por la corporación NASA KIWE, generan impactos en la comunidad y en especial al personal contratado para la ejecución de la obra; este informe describe los avances en materia de seguridad y salud en el Trabajo, conforme a la normatividad establecida en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, y de conformidad con el Sistema General de Riesgos Laborales establecido en la Ley 1562 de 2012, y el funcionamiento del Sistema de Gestión en el Decreto 1072 de 2015 y demás disposiciones de Ley, con el propósito de reducir al mínimo los accidentes laborales y daños al Ambiente, mediante un control efectivo de los riesgos basados en el principio de la mejora continua y orientadas a salvaguardar la integridad física y la vida de los trabajadores, a terceros, los daños a la propiedad y evitar las pérdidas para la empresa.

El presente documento se relacionan las actividades que se han venido desarrollando como parte del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, durante el periodo comprendido entre el 04 de Julio de 2023 y 04 de agosto de 2023, cuyo objetivo primordial está relacionado a minimizar los riesgos de accidente de trabajo del personal de obra dentro de la ejecución del contrato de obra No 116-2023 cuyo objeto contrato “Construcción del establecimiento de Salud para la localidad de la planada de Avirama y sectores aledaños, resguardo de Avirama, municipio de Páez, departamento del Cauca”.

2. DATOS DEL CONTRATO DE OBRA

Contratante	**CORPORCION NASA KIWE**
Contrato No.	116- del 31 de mayo de 2023
Contratista	**JAIR LOPEZ ROJAS** NIT. 76.304.659-5 Dirección: carrera 10 Nº 1N-39 Teléfono: 3158772810 *Email: jairlopezrojas@hotmail.com* *Popayan.*
Supervisor	ING. DIEGO FELIPE CUERVO GONZALEZ
Plazo Inicial	Siete meses (07)
Valor Inicial del contrato	OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($832.450.000)
Acta de inicio	4 de julio de 2023
Terminación	4 de febrero de 2024

3. AFILIACIONES A SEGURIDAD SOCIAL Y PAGOS.

Para garantizar el cumplimiento de los requisitos legales, desde la administración general se realiza la afiliación a los sistemas de seguridad social tales como EPS y ARL, que garanticen una atención inmediata y oportuna en caso de presentarse una emergencia:

Se adjunta tabla con la información pertinente.

N°	N° IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	INDUCCION SSTA		ARL
				SI	NO	
1	1.061.804.282	Maira Alexandra Delgado Camayo	Inspector Sst	X		Positiva
2	76291406	Javier Antonio Galindo Campo	Maestro General	X		Positiva
3	1081413593	Lyda Patricia Ordoñez Uribe	Residente De Obra	X		Positiva
4	93396296	Julián Collo Cuetocue	Ayudante	X		Positiva
5	1007431665	Yilver David Cuetochambo Pardo	Ayudante	X		Positiva
6	76006354	Hermidez Pardo Cuetochambo	Ayudante	X		Positiva
7	25561342	Mireya Pardo Vargas	Ayudante	X		Positiva
8	1007459277	Wilmer Duvan Pardo Pardo	Ayudante	X		Positiva
9	76007437	Hernando Cuetochambo Yacuechumbe	Ayudante	X		Positiva
10	1007459212	Faber Yesid Achique Alonso	Ayudante	X		Positiva
11	1062076564	Juan Carlos Ossa Lemus	Oficial	X		Positiva
12	76007450	Nelson Cruz Acue	Ayudante	X		Positiva

4. ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

4.1 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Durante el presente periodo se realizan 2 capacitaciones, con un tiempo aproximado de 10 minutos. Lo anterior con el fin de dar cumplimiento al cronograma de actividades de seguridad y salud en el trabajo, acorde a la normatividad vigente:

- Uso, cuidado y mantenimiento de los elementos de protección personal.

- Inducción al personal:
  - ✓ Notificación y/o identificación del riesgo de acuerdo a la actividad que se va a desarrollar.
- Socialización e instalación de la Política de alcohol y drogas
- Ruta de acción frente accidentes de trabajo.
- Acciones frente al manejo de residuos:
  - ✓ Residuos convencionales: orgánicos, aprovechables, no aprovechables.
  - ✓ Residuos peligrosos: EPP usados, dotación contaminada, embases impregnados de aceites para máquinas, acelerange, pinturas, aditivos, etc.
  - ✓ Residuos especiales: bolsas de cemento.
  - ✓ Residuos de demolición y material de excavación.
  - ✓ Residuos de demolición y material de excavación

- Anexo 1. Listados de asistencia inducción y capacitaciones.
- Anexo 2. Evaluaciones de capacitaciones

4.2 PROGRAMA DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

- **4.2.1 Inspecciones Orden y Aseo**

Se realizan inspecciones de orden y aseo, en las zonas de trabajo, pasillos y lugares comunes. Identificando áreas con material de excavación y residuos convencionales, que pueden afectar el desempeño y bienestar del trabajador, por lo cual se programa jornada de limpieza.

	
Imagen. Punto ecologico	Image. Recoleccion de epp usados.

	
Imagen. Jornada orden y aseo	Imagen. Jornada orden y aseo

4.2.2 Inspección EPP, Dotación Y Equipos De Emergencia

15 de julio de 2023:

- ✓ Se realiza inspección de EPP, identificando el estado de cada elemento y necesidad de cambio.
- ✓ Así mismo se verifica que los equipos de emergencia cuenten con las condiciones necesarias para atender cualquier contingencia: Botiquín tipo b con los insumos necesarios, extintor calibrado y lleno, Camilla en buenas condiciones para traslado del trabajador (sin presencia de daños su estructura).

4.2 PROGRAMA DE DOTACIÓN O RENOVACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Con el fin de proteger los trabajadores contra posibles daños a su salud o su integridad física derivado de los peligros en el lugar de trabajo, durante el periodo se hizo entrega permanente de los elementos e implementos de protección personal los cuales son asignados de acuerdo a las necesidades y riesgos de la obra.

Anexo 3. Planillas entrega de EPP

4.3 COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA.

Consolidado de charlas, divulgaciones, capacitaciones.

N°	FECHA	TIPO DE FORMACIÓN				TEMA
		C	IN	RE.I.	EN	
1	11, 17, de julio de 2023		X			Inducción SST

4.4 PLAN DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS.

Para el presente periodo no se cuenta con la conformación de las brigadas, no obstante, se programa para el mes de agosto. Se cuenta con los equipos para la atención de emergencias, rutas de evacuación y punto de encuentro.

4.5 ACTIVIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO.

- **4.5.1 Pausas Activas:**

Durante la jornada laboral, se realizan pausas activas con una duración no superior a 15 minutos; que buscan mejorar las condiciones físicas y psicológicas ante las actividades rutinarias y no rutinarias; a través de diferentes técnicas y ejercicios que ayudan a reducir la fatiga, disminuir trastornos musculo esqueléticos y prevención de estrés.

- **4.5.2 Perfil sociodemográfico y condiciones de salud:**

Se realiza diligenciamiento de encuesta, que permite identificar la existencia de condiciones sociales y de salud del trabajador, que faciliten la intervención por parte de profesionales competentes frente a cualquier contingencia.

Anexo 4. Encueta sociodemográfica y condiciones de salud

4.6 COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Debido a que todo el personal ingreso bajo la modalidad de administración directa, el acta del COPASST es el registro de la reunión del comité principal de JAIR LOPEZ ROJAS.

4.7 COMITÉ DE CONVIVENCIA

Debido a que la obra inicio actividades el 4 de Julio de 2023, donde todo el personal ingreso bajo la modalidad de administración directa, las actas de reunión del comité de convivencia están a cargo de JAIR LOPEZ ROJAS, cuya próxima reunión está pactada para el 4 de octubre de 2023.

4.8 EVALUACIÓN DEL SG-SST -INIDICADORES

- **Horas hombre trabajadas**

No	MES	HORAS HOMBRE ORDINARIAS	HORAS HOMBRE EXTRAS	TOTAL, HORAS ACUMULADAS
1	julio 2023	2264	0	2264

- **Índice de severidad**

No	MES	ISAL =(N° DE DIAS PERDIDOS POR AL + N° DE DÍAS CARGADOS EN EL PERÍODO/ N° HHT MES)*k	Resultado
1	Julio 2023	ISAL= (0+0/2264) *100	0

- **Índice de frecuencia.**

No	MES	IFAL= (N° DE AL EN EL PERÍODO / HHT) * K	Resultado
1	Julio 2023	IFAL = (0/2264*100)	0

- **Número de Accidentes Laborales Mortales**

No	MES	AM= (N° de ALM / TOTAL DE ACCIDENTES) * 100	Resultado
1	Julio 2023	AM= (0/0) *100	0

- **Prevalencia de Enfermedad Laboral**

No	MES	PEL = (ENFERMEDAD LABORAL / PROMEDIO DE TRABAJADORES) *1000	Resultado
1	Julio 2023	PEL = (0/12) *1000	0

- **Incidencia de la Enfermedad Laboral**

No	MES	IEL = (N° CASOS NUEVOS DE EL EN EL PERÍODO / PROMEDIO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL PERÍODO) *100	Resultado
1	Julio 2023	PEL = (0/12) *100	0

- **Ausentismo**

No	MES	AUSENTISMO = (No DÍAS DE AUSENCIA POR INCAPACIDAD LABORAL Y COMÚN / No DE DÍAS DE TRABAJO PROGRAMADO) *100	Resultado
1	Julio 2023	AUSENTISMO = (0/20) *100	0

5 REGISTRO FOTOGRÁFICO

ACTIVIDADES EJECUTADAS (SST)	
	
CHARLA DE SEGURIDAD	**PAUSAS ACTIVAS**

JAIR LOPEZ ROJAS	Municipio de Páez Departamento del Cauca	Código: SST-01 Versión: 01
		Fecha: 31/07/2023
	INFORME SG-SST	Página **11** de **13**

ACTIVIDADES EJECUTADAS (SST)	
	
ENTREGA DE ELEMENTOS DE SEGURIDAD	**TRANSPORTE DE MATERIAL**
	
SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE SEGUIRDAD	**MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS**

ACTIVIDADES EJECUTADAS (SST)	
	
PRIMEROS AUXILIOS	**CAMILLA**

6 ANEXOS

- Anexo 1. Listados de asistencia inducción y capacitaciones.
- Anexo 2. Evaluaciones de capacitaciones
- Anexo 3. Encuestas de perfil sociodemográfico y condiciones de salud.
- Anexo 4. Entrega e inspección a elementos de protección personal.
- Anexo 5. Control de visitantes y conductores proveedores.
- Anexo 6. Lista de desinfección de herramientas y equipos de trabajo.



MAIRA ALEXANDRA DELGADO
CC 1.061.720.761
PROGFESIONAL SST

ANEXOS.

AFILIACIONES

REPORTE DE NOVEDAD DE MOVILIDAD EN LA MISMA EPS.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA

Fecha 10 de julio de 2023.

Señores:
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Popayán Cauca

Con la presente, yo **NELSON CRUZ ACUE** con Documento de Identificación CC **76.007.450** expedida en POPAYAN solicito efectuar el proceso de registro de novedad de movilidad entre regímenes para ingresar el régimen Contributivo (X) o Subsidiado ( ) (*Marque con una (X) el régimen al cual desea afiliarse.)* También solicito sea aplicada la novedad a mi núcleo Familiar los cuales se encuentran actualmente activos en la Base de datos única de afiliados –BDUA en su entidad. A continuación se relacionan mis datos y los de mi núcleo familiar.

Datos trabajador Independiente

TIPO_DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
cc	76.007.450	CRUZ	ACUE	NELSON	

***Importante:** Para calcular el Ingreso Base de Cotización (IBC) sobre el que usted debe realizar el pago de sus aportes, la AIC EPSI deberá calcular sus ingresos con base en el Sistema de Presunción de Ingresos, de tal manera que el IBC será el que resulte mayor entre: El reportado al Sistema General de Pensiones, el dado por el Sistema de Presunción de Ingresos, el valor mensualizado del contrato y los ingresos reales informados a la EPS. El Ingreso Base de Cotización, debe ser como mínimo igual al que se reporta en el Sistema General de Pensiones.

TIPO DE SALARIO (marque con una X)			***SALARIO BASE DE COTIZACION (IBC)**
Fijo (X)	**Variable ( )**	**Integral ( )**	**$1.160.000**
Estado Civil: SOLTERO		**Ocupación: AYUDANTE DE OBRA**	
Nivel educativo: BACHILLER		**Fecha Ingreso Entidad 10/07/2023**	**Fecha Terminación Contrato**
Administrador de Riesgos: POSITIVA		**Fondo de Pensión: COLPENSIONES**	
Dirección de Residencia PAEZ CAUCA		**Ciudad PAEZ**	
Localidad/Corregimiento PAEZ		**Barrio/Vereda**	
Teléfono Fijo		**Teléfono Celular 3161575071**	
Correo Electrónico empleado: adm.obrascj@gmail.com			
Sugiera una IPS de Atención cercana a su Residencia: (Opcional)			

Datos Inclusión Núcleo Familiar

PARENTESCO	TP_DOC	DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cónyuge o Compañera						
Hijo(a)						
Hijo(a)						
Hijo(a)						
Otro						

Declaro que la información reportada es correcta y verdadera, de igual forma acepto y autorizo a la EPS que 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. De igual forma declaró que he leído y aceptado toda la información registrada de forma electrónica por parte del asesor comercial relacionada con la información de mi afiliación y/o beneficiarios. Autorizo para que la EPS envié información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto. Declaro que la EPS me informo que el valor sobre el que debo realizar el pago de los aportes (Ingreso Base de Cotización-IBC) al Sistema General de Salud como trabajador independiente, nunca puede ser inferior a 1 Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV), incluso si su afiliación se realiza a través de una agremiación o asociación y cumple con lo establecido en el Decreto 516 de 2004. Declaro que la EPS me informo que soy RESPONSABLE de reportar la **novedad de retiro** en caso de perder la capacidad de pago o su calidad de trabajador independiente. Esto lo pude realizar a través de Solicitud a la EPS mediante el diligenciamiento del Formulario Único de Afiliación.



Firma del empleador

NOTA: Este documento debe ser enviado al asesor comercial de la Asociación Indígena del Cauca, con los respectivos documentos soportes de afiliación, conforme a la Matriz de requisitos para el reporte de novedad de movilidad al correo afiliaciones_contributivo@aicsalud.org.co. –Tel 092-8380200 Ext 120. **Se sugiere que los datos sean preferiblemente digitados en Fuente Arial 10, para que la información sea legible.**

...cuida la salud de mi familia !

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JAVIER ANTONIO GALINDO CAMPO identificado(a) con CC 76291406, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por JAIR LOPEZ ROJAS NI 76304659 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
04/jul./2023	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
04/ago./2023	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 08 días del mes de jul. de 2023.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente;

ASMET SALUD EPS S.A.S
NIT 900935126

VIGILADO SUPERSALUD

...cuida la salud de mi familia!

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JAVIER ANTONIO GALINDO CAMPO identificado(a) con CC 76291406, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por JAIR LOPEZ ROJAS NI 76304659 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
04/jul./2023	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
04/ago./2023	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 08 días del mes de jul. de 2023.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

...cuida la salud de mi familia!

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JUAN CARLOS OSSA LEMUS identificado(a) con CC 1062076564 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMETSALUD EPS SAS por JAIR LOPEZ ROJAS NI 76304659 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
10/jul./2023	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
10/ago./2023	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 10 días del mes de jul. de 2023.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

ASMET SALUD EPS S.A.S.
NIT 900935126

VIGILADO Supersalud

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/07/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	76304659	**Cédula Usuario:**	CC 76304659
Nombre:	JAIR LOPEZ ROJAS				
Dirección:	AG 7 7 08				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	jairlopezrojas@hotmail.com				
Teléfono:	8245776		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 76304659	JAIR LOPEZ ROJAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	38	11/07/2023	CC 93396296	COLLO CUETOCUE JULIAN	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A499EF083508A3741233A590BC779BE1 Certificado impreso el día 7/10/2023 11:40:19 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JULIAN
COLLO CUETOCUE
93396296

JAIR LOPEZ ROJAS
76304659

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/07/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	76304659	**Cédula Usuario:**	CC 76304659
Nombre:	JAIR LOPEZ ROJAS				
Dirección:	AG 7 7 08				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	jairlopezrojas@hotmail.com				
Teléfono:	8245776		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 76304659	JAIR LOPEZ ROJAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	36	11/07/2023	CC 25561342	PARDO VARGAS MIREYA	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A499EF083508A3741233A590BC779BE1 Certificado impreso el día 7/10/2023 10:12:32 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

MIREYA
PARDO VARGAS
25561342

JAIR LOPEZ ROJAS
76304659

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/07/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	76304659	**Cédula Usuario:**	CC 76304659
Nombre:	JAIR LOPEZ ROJAS				
Dirección:	AG 7 7 08				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	jairlopezrojas@hotmail.com				
Teléfono:	8245776		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 76304659	JAIR LOPEZ ROJAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	37	11/07/2023	CC 1007459277	PARDO PARDO WILMER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A499EF083508A3741233A590BC779BE1 Certificado impreso el día 7/10/2023 11:37:51 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

WILMER DUVAN
PARDO PARDO
1007459277

JAIR LOPEZ ROJAS
76304659

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/07/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	76304659	**Cédula Usuario:**	CC 76304659
Nombre:	JAIR LOPEZ ROJAS				
Dirección:	AG 7 7 08				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	jairlopezrojas@hotmail.com				
Teléfono:	8245776		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 76304659	JAIR LOPEZ ROJAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	34	11/07/2023	CC 1007431665	CUETOCHAMBO PARDO YILVER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A499EF083508A3741233A590BC779BE1

Certificado impreso el día 7/10/2023 9:29:19 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

YILVER DAVID
CUETOCHAMBO PARDO
1007431665

JAIR LOPEZ ROJAS
76304659

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JAVIER ANTONIO GALINDO CAMPO** con **CC** No. **76291406**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 76304659 - JAIR LOPEZ ROJAS	**Fecha de última cobertura:** 04/07/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** MAESTRO OBRA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018157618.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **LYDA PATRICIA ORDOÑEZ URIBE** con **CC** No. **1081413593**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 76304659 - JAIR LOPEZ ROJAS	**Fecha de última cobertura:** 04/07/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INGENIERO CIVIL IRRIGACION **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018157883.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JUAN CARLOS OSSA LEMUS** con **CC** No. **1062076564**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 76304659 - JAIR LOPEZ ROJAS	**Fecha de última cobertura:** 10/07/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** AYUDANTE ALBAÑILERIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018157597.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/07/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	76304659	**Cédula Usuario:**	CC 76304659
Nombre:	JAIR LOPEZ ROJAS				
Dirección:	AG 7 7 08				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	jairlopezrojas@hotmail.com				
Teléfono:	8245776		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 76304659	JAIR LOPEZ ROJAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	40	11/07/2023	CC 1007459212	ACHICUE ALONSO FABER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A499EF083508A3741233A590BC779BE1 Certificado impreso el día 7/10/2023 11:48:06 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

FABER YESID
ACHICUE ALONSO
1007459212

JAIR LOPEZ ROJAS
76304659

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/07/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	76304659	**Cédula Usuario:**	CC 76304659
Nombre:	JAIR LOPEZ ROJAS				
Dirección:	AG 7 7 08				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	jairlopezrojas@hotmail.com				
Teléfono:	8245776		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 76304659	JAIR LOPEZ ROJAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	35	11/07/2023	CC 76006354	PARDO CUETOCHAMBO HERMIDEZ	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A499EF083508A3741233A590BC779BE1

Certificado impreso el día 7/10/2023 9:56:06 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

HERMIDEZ
PARDO CUETOCHAMBO
76006354

JAIR LOPEZ ROJAS
76304659

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/07/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	76304659	**Cédula Usuario:**	CC 76304659
Nombre:	JAIR LOPEZ ROJAS				
Dirección:	AG 7 7 08				
Departamento:	CAUCA		**Municipio:**	POPAYAN	
Correo electrónico:	jairlopezrojas@hotmail.com				
Teléfono:	8245776		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5421001 CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 76304659	JAIR LOPEZ ROJAS

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	39	11/07/2023	CC 76007437	CUETOCHAMBO YACUECHUMBE HERNANDO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

A499EF083508A3741233A590BC779BE1 Certificado impreso el día 7/10/2023 11:43:27 AM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

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

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

HERNANDO
CUETOCHAMBO YACUECHUMBE
76007437
JAIR LOPEZ ROJAS
76304659

Este carné es personal e intransferible.

EXÁMENES MÉDICOS DE INGRESO

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.315

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

PARDO CUETOCHAMBO HERMIDEZ	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	45 AÑOS 8 MESES 28 DÍAS	CC	76006354
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
P631V1B26315

Aspirante o Trabajador

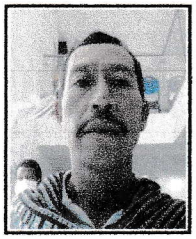
Firma: Hermidez

Nombre: PARDO CUETOCHAMBO HERMIDEZ

CC: 76006354

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.316

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
COLLO CUETOCUE JULIAN	MASCULINO	48 AÑOS 6 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	93396296 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EL EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE PUEDEN AGRAVARSE CON EL TRABAJO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
EVITAR MOVILIZACION DE PESO MAYOR A 25 KG	TEMPORAL	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
P631V1B26316

Aspirante o Trabajador

Firma: JULIA

Nombre: COLLO CUETOCUE JULIAN

CC: 93396296

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.317

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CUETOCHAMBO PARDO YILVER DAVID	MASCULINO	22 AÑOS 9 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1007431665 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
V631B1H26317

Aspirante o Trabajador

Firma: Yilver David P

Nombre: CUETOCHAMBO PARDO YILVER DAVID

CC: 1007431665

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.318

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PARDO VARGAS MIREYA	FEMENINO	45 AÑOS 2 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	25561342 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EL EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE PUEDEN AGRAVARSE CON EL TRABAJO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
EVITAR MOVILIZAR PESO MAYOR A 12 KG	TEMPORAL	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CIRUGIA GENERAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
A631G1M26318

Aspirante o Trabajador

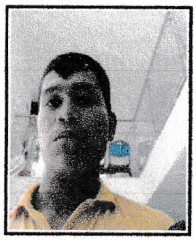
Firma: Mireya

Nombre: PARDO VARGAS MIREYA

CC: 25561342

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.319

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PARDO PARDO WILMER DUVAN	MASCULINO	22 AÑOS 9 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1007459277 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fuí informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
J631P1V26319

Aspirante o Trabajador

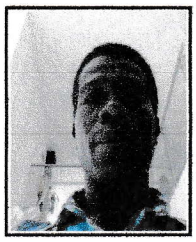
Firma: Wilmer Duvan

Nombre: PARDO PARDO WILMER DUVAN

CC: 1007459277

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.320

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OSSA LEMUS JUAN CARLOS	MASCULINO	35 AÑOS 10 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	1062076564 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO*

N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
U631A1G26320

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OSSA LEMUS JUAN CARLOS

CC: 1062076564

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.321

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CRUZ ACUE NELSON	MASCULINO	40 AÑOS 4 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	76007450 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
A631G1M26321

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CRUZ ACUE NELSON

CC: 76007450

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.322

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

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

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ACHICUE ALONSO FABER YESID	MASCULINO	23 AÑOS 1 MESES 0 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1007459212

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
N631T1Z26322

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ACHICUE ALONSO FABER YESID

CC: 1007459212

CAPACITACIONES

FORMATOS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

REGISTRO DE CAPACITACION

TEMA/ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	FECHA INICIO	ACTIVIDAD	LUGAR	FECHA FINALIZACIÓN
Identificación, evaluación y control de riesgos	11	06/07/2023	Capacitación	Obra: Planada Auriaya.	06/07/2023
Primeros auxilios	11	10/07/2023	Capacitación	Obra.	10/07/2023
Uso de equipos contra incendios	11	10/07/2023	Capacitación	Obra	10/07/2023
Uso de equipos de protección personal	11	04/07/2023	Capacitación	Obra: Planada	04/07/2023
Manejo de residuos	11	04/07/2023	Capacitacio	Obra	04/07/2023
Manejo de sustancias químicas	11	04/07/2023	Capacitación	Obra	04/07/2023.

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.304.659-5

LISTADO DE ASISTENCIA

JORNADA DE CAPACITACION

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Javier Galindo	Maestro de Obra	76291406	Javier Galindo
Patricia Ordoñez	Ing Residente	1081413593	Lyda Patricia O
Julian Collo	Ayudante de Obra	93396296	JULIAN C.
Yilver Cueto chambo	Ayudante de Obra	1007731665	Yilver David cuetochambo
Hermides Pardo	Ayudante de Obra	76006354	HermidezPardo E
Mireya Pardo	Ayudante de Obra	25561342	Mireya Pardo
wilmer Duvan	Ayudante de Obra	1007459277	wilmer Duvan Pardo
Hernando Cueto chambo	Ayudante de Obra	76007437	hernando C.
Faber Aduave	Ayudante de Obra	1007459212	faber Yesid Fe
Juan Carlos Ossa	Ayudante de Obra	1062076564	juancarlos ossa
Nelson Cruz	Ayudante de Obra	76007450	Nelson cruz

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.304.659-5

LISTADO DE ASISTENCIA

JORNADA DE CAPACITACION

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Javier Galindo	Maestro de Obra	76291406	Javier Galindo
Patricia Ordoñez	Ing Residente	1081413593	Leyda Patricia O
Julian Colla	Ayudante de Obra	93396296	JULIAN C.
Filver Quetochambo	Ayudante de Obra	1007431665	Filver David Quetochambo
Hermider Pardo	Ayudante de Obra	76006354	HernandezPardo E
Mireya Pardo	Ayudante de Obra	25561342	Mireya Pardo
wilmer Duran	Ayudante de Obra	1007459277	wilmer Duen Pardo
Hernando Quetochambo	Ayudante de Obra	76 007437	hernando c.
Faber Admave	Ayudante de Obra	1007459212	faber Yesid Pe
Juan Carlos Ossa	Ayudante de Obra	1062076564	Juancarlos ossa
Nelson Cruz.	Ayudante de Obra	76 007450	Nelson CRUZ

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.304.659-5

LISTADO DE ASISTENCIA

JORNADA DE CAPACITACION

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Javier Galindo	Maestro de Obra	76291406	Javier Galindo
Patricia Ordoñez	Ing Residente	1081413593	Lyda Patricia O
Julian Calle	Ayudante de Obra	93396296	JULIAN C.
Silver Cuetochambo	Ayudante de Obra	1007431665	Alver David Cuetochambo
Hernandez Pardo	Ayudante de Obra	76006354	Hernandez Pardo E
Mireya Pardo	Ayudante de Obra	25561342	
wilmer Duran	Ayudante de Obra	1007459277	wilmer Duran Pardo
Hernando Cuetochambo	Ayudante de Obra	76007437	hernando C.
Faber Advincue	Ayudante de Obra	1007459212	Faber Jesid R
Juan Carlos Ossa	Ayudante de Obra	1062076564	Juancarlos ossa
Nelson Cruz.	Ayudante de Obra	76007450	Nelson CRUZ

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.304.659-5

LISTADO DE ASISTENCIA

JORNADA DE CAPACITACION

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Javier Galindo	Maestro de Obra	76291406	Javier Galindo
Patricia Ordoñez	Ing. Residente	1081413593	Lyda Patricia O
Julian Collo	Ayudante de Obra	93396296	JULIAN C.
Filver Cuetochambo	Ayudante de Obra	1007431665	Alver David Cuetochambo
Hermidez Pardo	Ayudante de Obra	76006354	Hermidez Pardo e
Mireya Pardo	Ayudante de Obra	25561342	Mireya Pardo
Wilmer Duvan	Ayudante de Obra	1007459277	wilmer Duvan Pablo
Hernando Cuetochambo	Ayudante de Obra	76007437	hernando c.
Faber Achicue	Ayudante de Obra	1007459212	Faber Yesid F
Juan Carlos Ossa	Ayudante de Obra	1062076564	Juancarlos ossa
Nelson Cruz	Ayudante de Obra	76007450	Nelson cruz

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.304.659-5

LISTADO DE ASISTENCIA

JORNADA DE CAPACITACION

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Javier Galindo	Maestro de Obra	76291406	Javier Galindo
Patricia Ordoñez	Ing Residente.	1081413593	Ligcka Patricia O
Julian Collo	Ayudante de Obra	93396296	JULIAN C.
Filver Cuetochambo	Ayudante de Obra	1007431665	Yilver David cuetochambo
Hermidez Pardo	Ayudante de Obra	76006354	Hermidez Pardo E
Mireya Pardo	Ayudante de Obra	25561342	Mireya Pardo
wilmer Duran	Ayudante de Obra	1007459277	wilmer Juan Pablo
Hernando Cuetochambo	Ayudante de Obra	76007437	hernando c.
Faber Achicue	Ayudante de Obra	1007459212	Faber Yesid R
Juan Carlos Ossa	Ayudante de Obra	106 2076564	
Nelson cruz.	Ayudante de Obra	76007450	Nelson cruz

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.304.659-5

LISTADO DE ASISTENCIA

JORNADA DE CAPACITACION

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Javier Galindo	Maestro de Obra	76291406	Javier Galindo
Patricia Ordoñez	Ing Residente	1081413593	Lyda Patricia O
Julian Collo	Ayudante de Obra	93396296	JULIAN C.
Xiver Cuetochambo	Ayudante de Obra	1007431665	Xiver David cuetochambo
Hernandez Pardo	Ayudante de Obra	76006354	HernandezPardo E
Mireya Pardo	Ayudante de Obra	25561342	Mireya Pardo
wilmer Duran	Ayudante de Obra	1007459277	wilmer Duran Pardo
Hernando Cuetochambo	Ayudante de Obra	76007437	hernando C.
Faber Achicue	Ayudante de Obra	1007459212	Faber Yesid Re
Juan Carlos Ossa	Ayudante de Obra	1062076564	Juancarlos ossa
Nelson Cruz.	Ayudante de Obra	76007450	Nelson Cruz

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA 4/07/2023

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre:	Velson Cruz Acue.	**Cedula**	76.007.450
Area de trabajo:	Obra	**Cargo:**	Ayudante de obra

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Velson Cruz Acue.	76.007.450	Obra	7:00am	5:00 pm.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Guantes de Carnaza						01
Gafas						01
Casco Amarillo de Seguridad						01
Botas Punteras						01
Tapa oidos						01

Recibido: Velson Cruz

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA 4/07/2023

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre:	Wilmer Duvan Pardo	**Cedula**	1. 007. 459. 27.2)
Area de trabajo:	Obra	**Cargo:**	Ayudante de obra

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Wilmer Duvan Pardo	1.007.459.27.2	Obra.	7:00 a.m.	5:00 p.m.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Gafas						01
Guantes de Carnaza						01
Casco Amarillo de Seguridad						01
Botas Pantera.						01
Tapa oido.						01

Recibido: wilmer Duen Pabb

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA 4/07/2023

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre: Mireya Pardo Vargas	**Cedula** 25.561.342
Area de trabajo: Obra	**Cargo:** Ayudante de obra

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Mireya Pardo Vargas	25.561.342	Obra	7:00am	5:00pm

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Gafas						01
Guantes de Cabra						01
Casco Amarillo de Seguridad						01
Botas Punteras						01
Tapa oidos						01

Recibido: Mireya Pardo

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA 4/07/2023

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre:	Hermidez Pardo Cuetochambo	**Cedula**	76.006.354
Area de trabajo:	Obra	**Cargo:**	Ayudante de obra.

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Hermidez Pardo				
Cuetochambo	76.006.354	Obra	7:00 am.	5:00 pm.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Casco Amarillo						01
Gafas						01
Tapa oidos.						01
Botas Punteras.						01
Guantes de Carnaza						01.

Recibido: Helmidez Pardo C

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA 4/07/2023

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre: Juan Carlos Ossa Lemus	**Cedula** 1062076564
Area de trabajo: Obra	**Cargo:** Ayudante de Obra

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Juan Carlos Ossa Lemus	1062076564	Obra	7:00 am	5:00 pm

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Gafas						01
Guantes de Carnaza						01
Casco Amarillo de Sep						01
Botas punteras						01
Tapa oidos						01

Recibido: Juancarlos Ossa

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA 4/07/2023

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre: Faber Yesid Achicue Alonso	**Cedula** 1007459212
Area de trabajo: Obra	**Cargo:** Ayudante de Obra

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Faber Yesid Achicue	1007459212	obra	7:00 am	5:00 pm

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Gafas						01
Guantes de Carnaza						01
Casco Amarillo de Sep.						01
Botas punteras						01
Tapa oidos						01

Recibido: Faber Yesid Re.

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA 4/07/2023

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre: Lida Patricia Ordoñez	**Cedula** 1.081.413.593
Area de trabajo: Obra.	**Cargo:** Residente de Obra

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Lida Patricia Ordoñez	1.081.413893	Obra	7:00am	5:00p.m.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Gafas						01
Guantes de Carnaza.						01
Casco Amarillo de Seg.						01
Botas Punteras						01
Tapa Oidos						01

Recibido: Lyda Patricia O

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA 4/07/2023

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre:	Javier Antonio Galindo	**Cedula**	76.291.406
Area de trabajo:	Maestro - Oficial.	**Cargo:**	Oficial de obra.

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Javier Antonio Galindo	76291406	Obra.	7:00 am.	5:00 pm

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Casco Amarillo						01
Botas de Proteccion						01
Guantes de Cabraza.						01
Gafas						01
Tapa oidos.						01

Recibido: Javier Galindo

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA 4/07/2023

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre:	Julian Collo Cuetocue	**Cedula**	93.396.296
Area de trabajo:	Obra.	**Cargo:**	Ayudante de Obra.

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Julian Collo Cuetocue	93.396.296	Obra	7:00 am	5:00 pm

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Casco Amarillo Protección						01
Botas de Protección						01
Guantes de Carnaza						01
Gafas.						01
Tapa oidos.						01

Recibido: JULIAN C.

FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIR LOPEZ ROJAS INGENIERO CIVIL	**SISTEMA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**	CÓDIGO
		ANEXO
	FORMATO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	REVISIÓN
		FECHA

DATOS DEL TRABAJADOR RESPONSABLE QUE SOLICITA EPP

Nombre: Yilber David Cuetochambo	**Cedula** 1007431665
Area de trabajo: Obra.	**Cargo:** Ayudante de obra

DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE SOLICITAN EPP

NOMBRE	CEDULAS	ÁREA DE TRABAJO	TIEMPO ACTIVIDAD	
			HORA INICIO	HORA TERMINO
Yilber David Cuetocambo	1007431665	Obra	7:00 am	5:00 pm

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SOLICITADOS

ELEMENTOS	TALLAS					CANTIDAD
	S	M	L	XL	XXL	
Casco Amarillo Protección						01
Botar de Protección						01
Guantar de Cainaza.						01
Gapar						01
Tapa oidos						01

Recibido: Yilver David Cuetochambo