INFORME MENSUAL N°02

05 DE AGOSTO- 04 DE OCTUBRE.

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

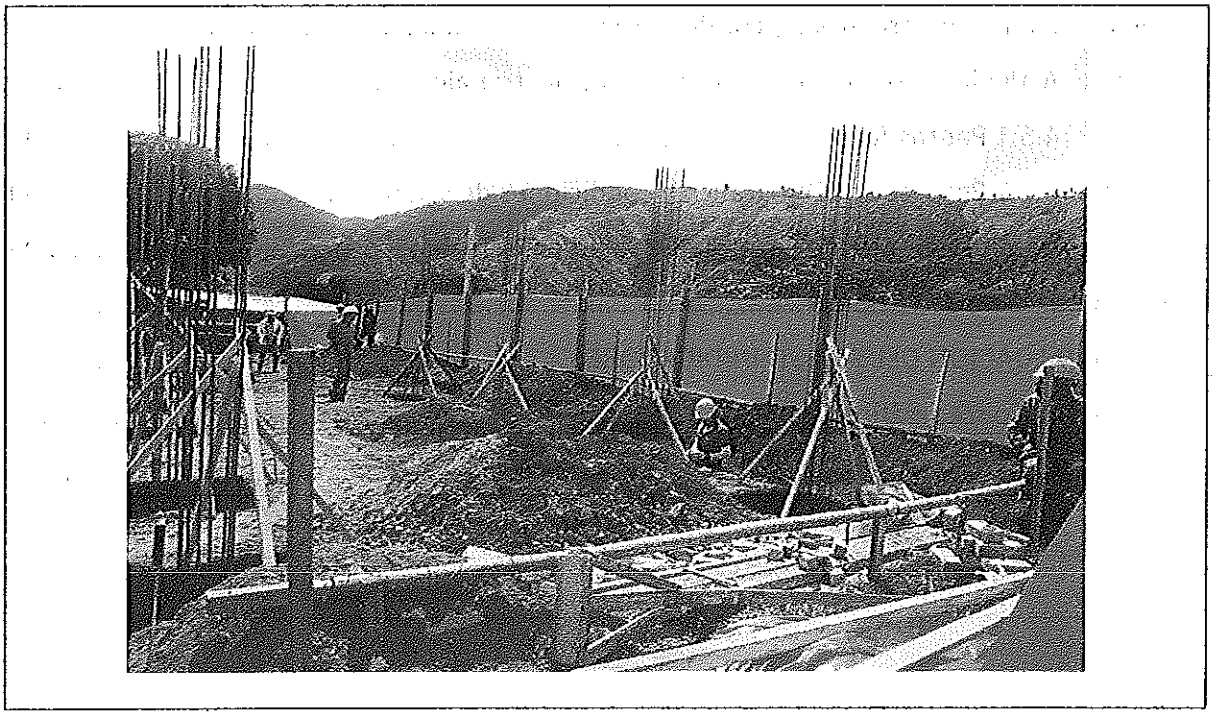


TABLA DE CONTENIDO

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 6

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 8

4.3 COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA. 8

4.4 Plan de emergencias y contingencias. 9

4.5 Actividades de medicina preventiva y del trabajo. 10

- 4.5.1 Pausas Activas: 10
- 4.5.2 Perfil sociodemográfico y condiciones de salud: 11

4.6 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo 11

4.7 Comité de convivencia 12

4.8 EVALUACIÓN DEL SG-SST -INIDICADORES 13

5 Registro fotográfico 14

6 ANEXOS 16

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 Agosto 2023 y 04 de Octubre 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, para que de esta manera se garantice 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

Con la finalidad de Fortalecer la capacidad, tanto individual como colectiva, de aportar conocimientos, habilidades y actitudes, para el mejor desempeño laboral y para el logro de los objetivos institucionales el presente periodo se realizan 3 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:

- Control de peligros y riesgos en obra.
- Medidas de prevención de incendios.
- Manejo del tiempo.

- Anexo 1. Listados de asistencia y 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.

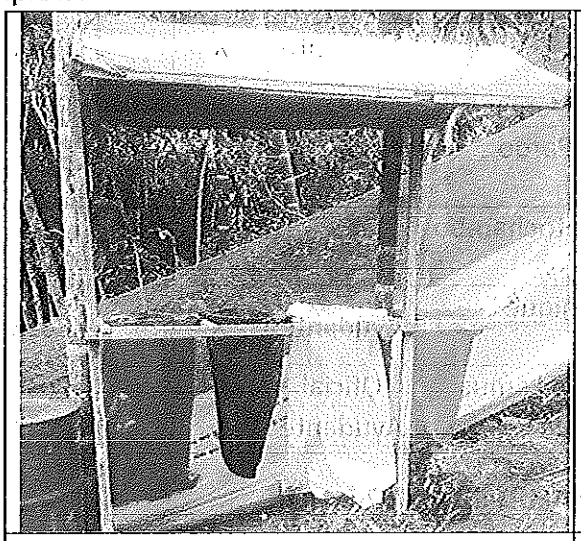
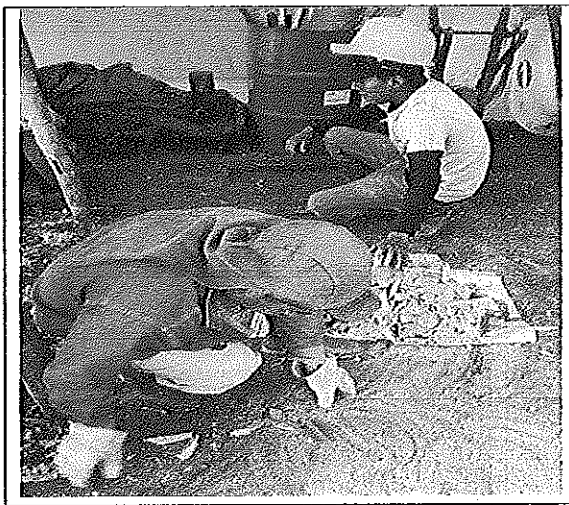


Imagen. Punto ecologico



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

- ✓ 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 en su estructura).



Imagen. Entrega de EPP al personal.

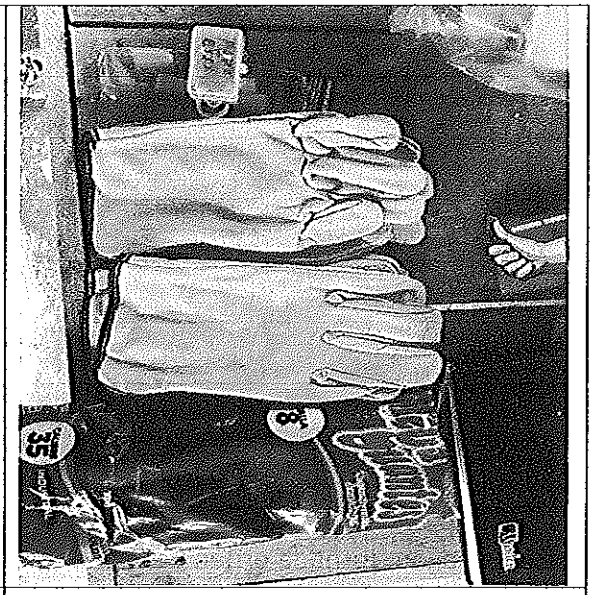


Imagen. Entrega de EPP en buen estado

4.2 PROGRAMA DE DOTACIÓN O RENOVACIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Con el fin de proteger a 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	Agosto y octubre de 2023		X			Inducción SST

4.4 PLAN DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS.

Para el presente periodo con la finalidad de cuidar la integridad de los colaboradores, visitantes o personas que se encuentren a cargo de la obra se implementaron ciertas medidas de seguridad entre las cuales se encuentran la instalación de las respectivas rutas de evacuación, delimitación y señalización de zonas de peligro, al igual que la implementación de equipos para la atención de emergencias tales como extintor, botiquín para primeros auxilios entre otros.

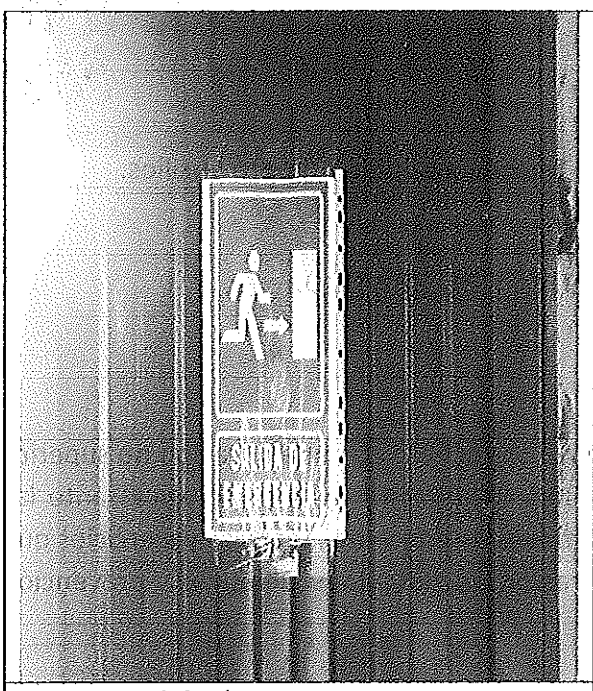


Imagen. Salida de emergencia.

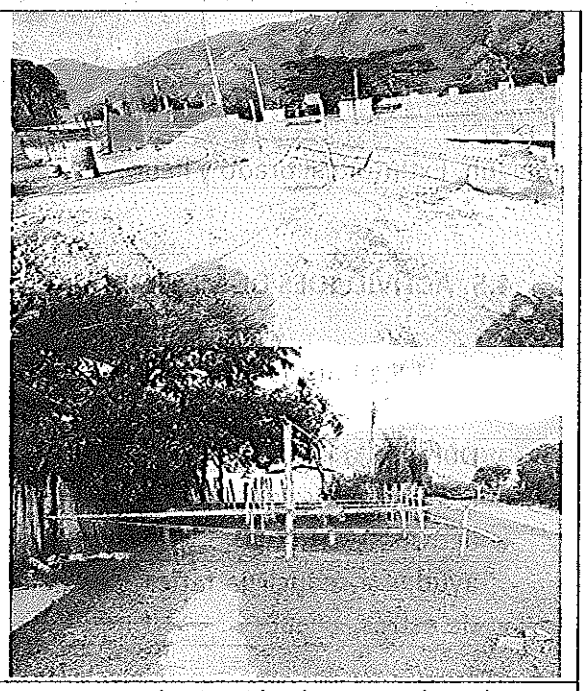


Imagen. Delimitación de zonas de peligro.

	
Imagen. Extintor calibrado y lleno.	Imagen. Botiquín primero auxilios.

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 musculoesqueléticos y prevención de estrés.

	
Imagen. Pausas activas.	Imagen. Pausas activas.

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. Perfil sociodemográfico

4.5.3 Exámenes médicos ocupacionales

Se realizan exámenes de ingreso al personal de obra y administrativo, sin restricciones medicas para las actividades a desarrollar, no obstante, se generan recomendaciones generales frente a la rotación diaria en las tareas que requieran posturas costosas ergonómicamente.

Anexo. Exámenes de ingreso

4.6 COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Para el presente periodo se realiza conformación del COPASST, y se capacita frente a las responsabilidades y cargos que cada uno debe desempeñar durante la ejecución del contrato. Los integrantes del comité se relacionan a continuación:

PRINCIPAL	SUPLENTES
Nombre: Lyda Patricia Ordoñez Uribe Cedula: 1.081.413.593	Nombre: Nelson Cruz Acue Cedula: 76.007.450
Firma:	Firma:
Nombre: Javier Antonio Galindo Campo Cedula: 76.291.406	Nombre: Julián Collo Cuetocue Cedula: 93.396.296
Firma:	Firma:

El representante legal designo como presidente del COPASST a:

Presidente del COPASST	Nombre: Lyda Patricia Ordoñez Uribe

El comité eligió mediante votación el secretario del COPASST a:

Secretario del COPASST	Nombre: Wilmer Duvan Pardo Pardo

- Anexo. Acta De Conformación Del Copasst.

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	Agosto-octubre 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	Agosto-octubre 2023	ISAL= (0+0/2264) *100	0

- **Índice de frecuencia.**

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

- **Número de Accidentes Laborales Mortales**

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

- **Prevalencia de Enfermedad Laboral**

No	MES	PEL = (ENFERMEDAD LABORAL / PROMEDIO DE TRABAJADORES) *1000	Resultado

1	Agosto - octubre 2023	PEL = (0/12) *1000	0

- **Incidencia de la Enfermedad Laboral**

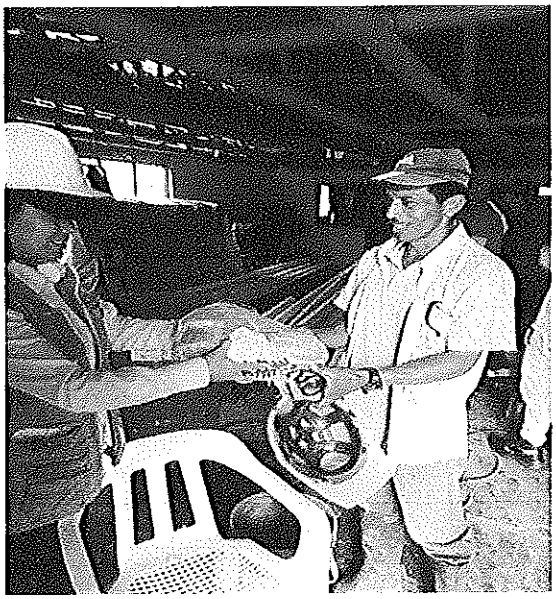
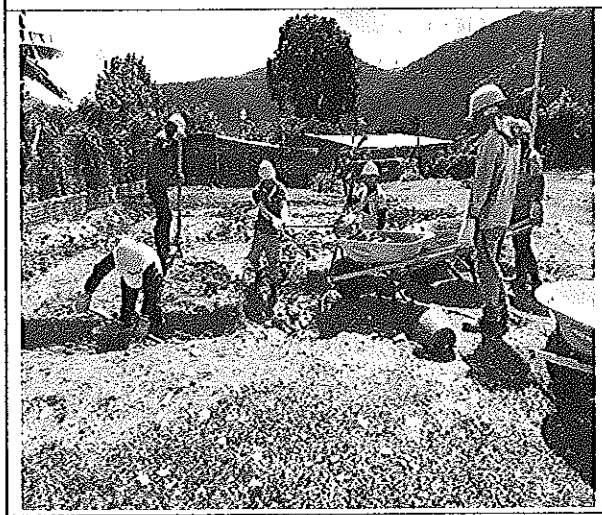
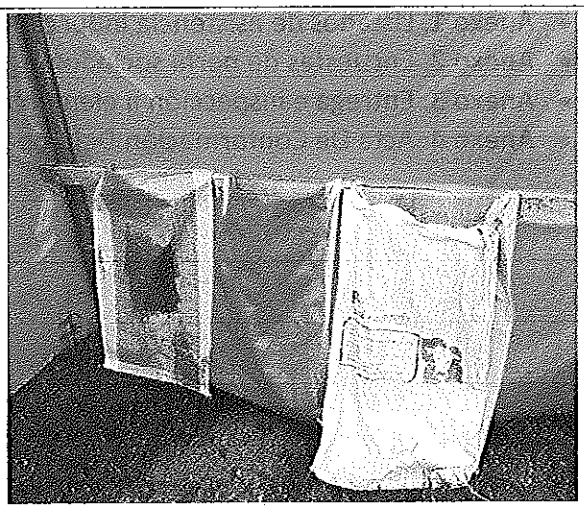
No	MES	IEL = (N° CASOS NUEVOS DE EL EN EL PERÍODO / PROMEDIO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL PERÍODO) *100	Resultado
1	Agosto - octubre 2023	PEL = (0/12) *100	0

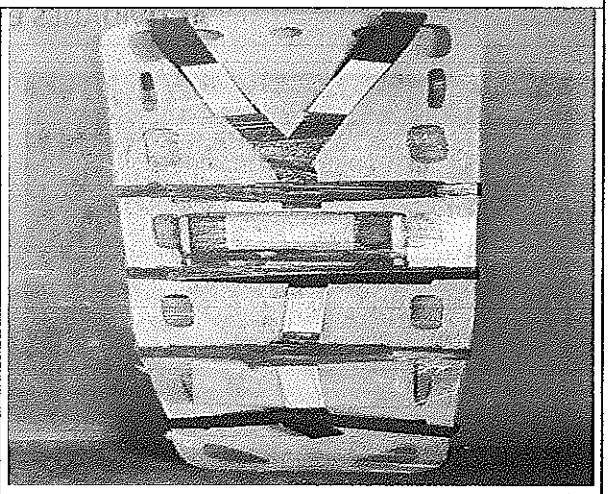
- **Ausentismo**

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

5 REGISTRO FOTOGRÁFICO

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

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. Encuestas de perfil sociodemográfico y condiciones de salud.
- Anexo 3. Entrega e inspección a elementos de protección personal.
- Anexo 4. Acta De Conformación Del Copasst.

MAIRA ALEXANDRA DELGADO
CC 1.061.720.761
PROGFESIONAL SST

LISTADO DE ASISTENCIA Y CAPACITACIONES

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.304.659-5

FORMATOS DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

REGISTRO DE CAPACITACION

CAPACITACION DE PERSONAL DE OBRA MES DE SEPTIEMBRE

TEMA/ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	FECHA INICIO	ACTIVIDAD	LUGAR	FECHA FINALIZACIÓN
Charla de Reflexion y Respeto en obra	09	10 de Agosto 2023	Capacitación	Obra	10 de Agosto de 2023.
Medidas de Atencion de Incendios	09.	14 de septiembre 2023	Reunion	Obra.	14 de septiembre 2023
Manejo del Tiempo	09	02 de Octubre	Reunión	obra	02 de Octubre.

JAIR LOPEZ ROJAS	Municipio de Páez Departamento del Cauca	Código: SST-02 Versión: 01
		Fecha: 04/10/2023
	INFORME SG-SST	Página **19** de **35**

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.304.695-5

LISTADO DE ASISTENCIA

JORNADA DE CAPACITACION

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Hernández Pardo Cristhian	Ayudante de obra	76006354	Hernández Pardo C.
Nelson Cruz Arce	Ayudante de obra	76007450	Nelson Cruz
Javier Antonio Gabriel Campo	Maestro de obra	76294406	Javier Gabriel
Julian Celis Quetave	Ayudante de obra	93396296	JULIAN C.
Cristian David Cabrera Rodriguez	Ayudante de obra	1061433665	Cristian David Cabrera Rodriguez
Cristian Yesid Arce Muñoz	Ayudante de obra	1074534712	Cristian Yesid Arce
Cristian Danny Pardo Pardo	Ayudante de obra	1061534277	Cristian Danny Pardo Pardo
Juan Carlos Cruz Ramos	Ayudante de obra	1062076564	Juan Carlos Cruz Ramos
Eddy Patricia Cadena Cruz	Ingeniera residente	1058433593	Eddy Patricia Cadena Cruz

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.[illegible]-3

LISTADO DE ASISTENCIA

JORNADA DE CAPACITACION

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Fabian Yesid Hernandez	Ayudante de obra	1007453942	Fabian Yesid H.
Hernandez Pardo	Ayudante de obra	76306334	Hernandez Pardo C.
Javier A Collazos	Maestro de obra	7629 1406	Javier Collazos
Jhon Carlos Osorio	Ayudante de obra	1062076368	Jhon carlos osorio
Julian Collazos	Ayudante de obra	9334696	JULIAN C.
Lyda Patricia Ordoñez	Trabajadora Social	1061113543	Lyda Patricia O.
Nelson Cruz Paz	Ayudante de obra	1.007930	Nelson Cruz
wilmer Dario Pardo	Ayudante de obra	1007495027	wilmer Dario Pardo
Yilber Pardo Castañeda	Ayudante de obra	1007431665	Yilber Pardo Castañeda

JAIR LOPEZ ROJAS	Municipio de Páez Departamento del Cauca	Código: SST-02 Versión: 01
		Fecha: 04/10/2023
	INFORME SG-SST	Página **21** de **35**

JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.301.699-5

LISTADO DE ASISTENCIA

JORNADA DE CAPACITACION

NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FIRMA
Javier Calambas	Oficial de obra	76.291.406	Javier Calambas
Lyda Paloma Odaire	Ingeniera Residente	1.061.413.373	Lyda Paloma O.
Julian Ortiz	Ayudante de Obra	92.396.296	JULIAN C.
Oliver Quelcha	Ayudante de Obra.	1.001.431.665	Oliver Quelcha
Hernandez Pardo.	Ayudante obra	96.006.354	Hernandez Pardo
Wilmer Pardo	Ayudante Obra.	1.061.459.697	wilmer Pardo
Faber Yesid Rebaza	Ayudante obra	1.061 459 211	Faber Yesid R.
Juan Alvi Osso.	Ayudante obra.	1.062.046.564	Juan carlos osso
Nelson Cruz Arce.	Ayudante obra.	96.007.420.	Nelson cruz

ENCUESTAS DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CONDICIONES DE SALUD.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 26.319

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DIA	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: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería TI: Tarjeta de Identidad PT: Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PARDO CUETOCHAMBO HERMIDEZ	MASCULINO	45 AÑOS 8 MESES 29 DÍAS	CC Tipo	76006354 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 PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVO OSTEOMUSCULAR CAPACITACIÓN: ERGONOMIA	HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AEROBICA DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de tomar mi consentimiento en tiempo razonable. 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 cumplimento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1084/2006 I. S. O.: 13760/2021

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PARDO CUETOCHAMBO HERMIDEZ

CC: 76006354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 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 LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
COLLO CUETOCUE JULIAN	MASCULINO	48 AÑOS 0 MESES 14 DÍAS	CC Tipo	93396206 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 PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL RVL OSTEOMUSCULAR CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2005 L.S.O.: 1376/2021

Código de Seguridad
PGSIV182631G

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: COLLO CUETOCUE JULIAN

CC: 93396206

JAIR LOPEZ ROJAS	Municipio de Páez Departamento del Cauca	Código: SST-02 Versión: 01
		Fecha: 04/10/2023
	INFORME SG-SST	Página **25** de **35**



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DIA	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 8 MESES 21 DIAS	Tipo: CC	Número: 1007431665

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 PAUSAS ACTIVAS Y HIG ENT POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR CAPACITACIÓN ERGONOMIA	HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA ALTERNA DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: Acedzo a 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 parte de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R.M.: 13342005 L.S.O.: 15/6/2021

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CUETOCHAMBO PARDO YILVER DAVID

CC: 1007431665



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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 LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula 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	Tipo: CC	Número: 25581342

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 - ORDEN GENERAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE: DATEONUSCRIAN	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN: ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento: Información 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 actividades contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1084/2008 L.S.O.: 1976/2021

Código de Seguridad: A631G1M26315

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PARDO VARGAS MIREYA

CC: 25581342

JAIR LOPEZ ROJAS	Municipio de Páez Departamento del Cauca	Código: SST-02 Versión: 01
		Fecha: 04/10/2023
	INFORME SG-SST	Página **27** de **35**



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 28.210

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				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 LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

JAIR LOPEZ ROJAS

Empresa en misión

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

PARDO PARDO WILMER DUVAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	22 AÑOS 8 MESES 16 DIAS	CC	1007459277
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 PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR CAPACITACIÓN: ERGONOMIA	HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AEROBICA DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador, anterior 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 anamnesis. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expedir mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 L.S.O.: 13/6/2021

Código de Seguridad
J63P1V2833

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PARDO PARDO WILMER DUVAN

CC: 1007459277



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABURO 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: Personal)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OSSA LEMUS JUAN CARLOS	MASCULINO	35 AÑOS 10 MESES 22 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	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FISICA AEROBICA
	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 realizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2008 L.S.O.: 1376/2021

Código de Seguridad
U933A1026320

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OSSA LEMUS JUAN CARLOS

CC: 1062076564

JAIR LOPEZ ROJAS	Municipio de Páez Departamento del Cauca	Código: SST-02 Versión: 01
		Fecha: 04/10/2023
	INFORME SG-SST	Página **29** de **35**



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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 LABORÓ 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 29 DIAS	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	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACION: 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 ausencia verdadera. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad A6310M26321	Firma:
Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIVENA		Nombre: CRUZ ACUE NELSON
R.M.: 1384/2000 L.S.O.: 1376/2021		CC: 76007450



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN 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 LABORÓ 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, PP: Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ACHICUE ALONSO FABER YESID	MASCULINO	23 AÑOS 1 MESES 0 DÍAS	CC Tipo	1007459212 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
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN: ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador, mediante el 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 medico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y 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 contara la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R.M.: 1384/2005 L.S.O.: 13/6/2021

Código de Seguridad M631T1Z26322

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ACHICUE ALONSO FABER YESID

CC: 1007459212

Nit. 900604369-1
Cel 317 724 8806 - 310 273 1185
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 26.615

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
10 DIA	08 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 (Si ya se encuentra en la empresa relacionar el Cargo Actual, si es Contratista el Cargo de Ejecución, si es Empresa en Misión el Cargo Misional)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GALINDO CAMPO JAVIER ANTONIO	MASCULINO	64 AÑOS 6 MESES 10 DIAS	CC Tipo	76291406 Número

Cargo
MAESTRO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EL EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
	USO DE PROTECTOR LABIAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN EN LABOR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R.M.: 1384/2005 L.S.O.: 1378/2021

Código de Seguridad
Y631E1K26615

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GALINDO CAMPO JAVIER ANTONIO

CC: 76291406

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



N° 26,614

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
10 (DÍA)	08 (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	
ORDOÑEZ URIBE LYDA PATRICIA	FEMENINO	22 AÑOS 4 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	1081413593 (Número)

Cargo

RESIDENTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN - ERGONOMÍA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

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

Código de Seguridad
Y631E1K26614

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ORDOÑEZ URIBE LYDA PATRICIA

CC: 1081413593

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COPASST.

	ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COPASST	Código: SST- F -14.25 Versión: 01 Fecha: 04-09-2023

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COPASST

Con el fin de dar cumplimiento a las exigencias de la resolución 2013 de 1986, al Decreto 1295 de1994, a la Ley 776 de 2002., se reunieron a los 04 días del mes de septiembre del 2023, el ingeniero contratista de obra Ingeniero Civil Jair López Rojas, la ingeniera residente Lyda Patricia Ordoñez Uribe y los colaboradores de la ejecución del Contrato De Obra 158-2023 OBJETO: "Construcción Del Sistema De Acueducto En Fase Básica De La Localidad De Laureles Y Sectores Aledaño, Resguardo De Togoima, Municipio De Páez, Departamento Del Cauca; con el objetivo de conformar el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST para el periodo comprendido entre:

2023-2024 El representante legal designo como sus representantes y suplentes a:

PRINCIPAL	SUPLENTES
Nombre: Lyda Patricia Ordoñez Uribe Cedula: 1.081.413.593	Nombre: Nelson Cruz Acue Cedula: 76.007.450
Firma:	Firma:
Nombre: Javier Antonio Galindo Campo Cedula: 76.291.406	Nombre: Julián Collo Cuetocue Cedula: 93.396.296
Firma:	Firma:

El representante legal designo como presidente del COPASST a:

Presidente del COPASST	Nombre: Lyda Patricia Ordoñez Uribe

El comité eligió mediante votación el secretario del COPASST a:

Secretario del COPASST	Nombre: Wilmer Duvan Pardo Pardo

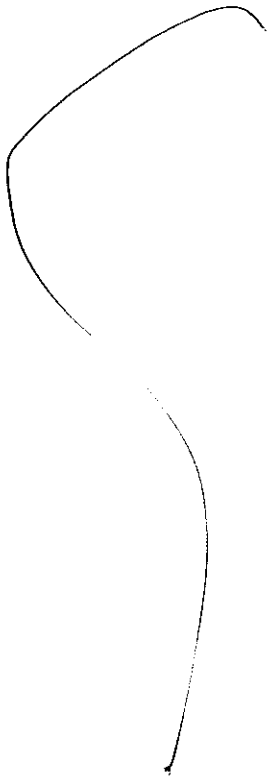
Los integrantes del COPASST pactaron reunirse: Cada MES, en la administración de Obra.

Como constancia se firma por:

Jair López Rojas
REPRESENTANTE LEGAL

Wilmer Duvan Pardo Pardo
SECRETARIO COPASST

JAIR LOPEZ ROJAS	Municipio de Páez Departamento del Cauca	Código: SST-02 Versión: 01
		Fecha: 04/10/2023
	INFORME SG-SST	Página **35** de **35**



JAIR LOPEZ ROJAS
NIT N° 76.304.659-5

Popayán, 03 de noviembre de 2023.

NSKINT-012-2023

Señores:
CORPORACION NASA KIWE

Referencia: Contrato de obra No. 116-2023 Objeto: realizar la construcción del establecimiento de salud de la localidad de la Planada de Avirama y sectores aledaños, resguardo de Avirama, Municipio de Páez, Departamento del Cauca.

Asunto: Informe Mensual No02 Gestión de seguridad y salud en el trabajo

Cordial Saludo.

Comedidamente me permito remitir el informe mensual de Gestión de seguridad y salud en el trabajo No. 02, contrato de obra No 116-2023, del contrato de la referencia.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

JAIR LOPEZ ROJAS
Ingeniero civil

Of. Popayán: Carrera 10 Nte. # 1 N 39 Barrio Modelo - Telefax. (0X2) 8337184 Popayán
E-mail: jairlopezrojas@hotmail.com

