# INFORME MENSUAL SST No.03

**20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023**

CIVITARQ

NIT:900.283.279

## CONTRATO DE OBRA PUBLICA No.776 DE 2023

**CONSTRUCCION DE LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE DEL CENTRO CULTURAL Y COMUNITARIO DEL MUNIPIO DE CHIA.**

**CIVITARQ**

**CONTRATO DE OBRA PÚBLICA No 776 DE 2023**

**OBJETO DEL CONTRATO:** *Construcción De La Primera y Segunda Fase del Centro Cultural y Comunitario del Municipio Chía*

**INFORME MENSUAL No. 03**
**SST**

**PERIODO DEL INFORME**

20/11/2023 Hasta el 30/11/2023

| ELABORÓ | | REVISÓ | |
|---|---|---|---|
| FIRMA | | FIRMA | |
| NOMBRE | Diana Patricia Méndez Uchuvo | NOMBRE | Ing. Juan José Rosas |
| CARGO | Residente SST | CARGO | Directo de obra |
| Constructor Civitarq SAS | | Constructor Civitarq SAS | |
| **APROBÓ** | | | |
| FIRMA: | | | |
| NOMBRE | JAVIER HUMBERTO MARTINEZ FALLA | | |
| CARGO | DIRECTOR DE INTERVENTORÍA | | |
| Interventoría Consorcio Intercomunitario | | | |

## Contenido


**1. INTRODUCCIÓN ..... 3**

**2. ALCANCE ..... 3**

**3. OBJETIVOS ..... 3**

*3.1.1 OBJETIVO GENERAL ..... 3*
*3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 4*

**4 DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE SG-SST ..... 4**

*4.1.1 Relación del personal empleado en la ejecución de la obra: ..... 4*
*4.1.2 Relación de personal: ..... 5*
*4.1.3 Documentos del personal: ..... 5*
*4.1.4 Exámenes ocupacionales ..... 5*
*4.1.5 Notificación de examen médico ocupacional de egreso: ..... 6*
*4.1.6 Seguridad social ..... 6*
*4.1.7 Liquidaciones y/o Cartas de continuidad laboral: ..... 6*

**5 ACCIDENTES DE TRABAJO ..... 7**

**6 COPASST Y COMITÉ DE CONVIVENCIA ..... 7**

**7 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN E INDUCCIONES ..... 7**

*7.1.1 Registro fotográfico de charlas de seguridad y/o capacitación. ..... 7*

**8 MATRIZ DE RIESGOS ..... 8**

**9 PROGRAMA DE GESTIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO ..... 8**

*9.1.1 PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCIÓN DE SALUD. ..... 8*
*9.1.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL ..... 9*
*9.1.3 PROGRAMA PREVENTIVO Y CORRECTIVO ..... 9*

**10 PROGRAMA DE TRABAJOS DE ALTOS RIESGOS (TRABAJO EN ALTURAS, IZAJE DE CARGAS, TRABAJOS EN CALIENTE) ..... 10**

**11 PLAN DE EMERGENCIAS ..... 10**

**12 PLAN DE MANEJO DE TRAFICO ..... 10**

**13 REGISTRO FOTOGRAFICO ..... 12**

**14 ACTIVIDADES SOCIALES ..... 13**

**15 CONCLUSIONES ..... 13**

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como finalidad dar cumplimiento a los pliegos contractuales en relación a la gestión de seguridad y salud en el trabajo desarrolladas en cada uno de los frentes de obra, cuyo objetivo es **REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE DEL CENTRO CULTURAL COMUNITARIO DEL MUNICIPIO CHÍA**

El presente informe corresponde al periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023, dicho informe pretende generar el seguimiento de las actividades planteadas para generar acciones de mejora durante la ejecución de la obra.

## 2. ALCANCE

El alcance del presente informe SST, está determinado de acuerdo con lo establecido en conformidad de los términos y condiciones del CONTRATO DE OBRA PÚBLICA No 776 DE 2023, ANEXOS TECNICOS y SG-SST en donde se acuerda **REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE DEL CENTRO CULTURAL COMUNITARIO DEL MUNICIPIO CHÍA,** el cual será ejecutado por parte de **CIVITARQ.**

## 3. OBJETIVOS

### 3.1.1 OBJETIVO GENERAL

Dar cumplimiento al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de CIVITARQ, **REALIZAR LA CONSTRUCCIÓN DE LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE DEL CENTRO CULTURAL COMUNITARIO DEL MUNICIPIO CHÍA,** para el proyecto basadas en el decreto 1072 de 2015 y normatividad legal vigente.

### 3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Socializar el SGSST en las inducciones.
- Revisar documentación del personal que cumpla con los requerimientos para ingresar al proyecto.
- Realizar inspecciones de seguridad e inspecciones planeadas para identificar condiciones de seguridad y tomar medidas preventivas y/o correctivas
- Realizar pausas activas para velar por el bienestar de los trabajadores.

## 4. DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE SG-SST

### 4.1.1 **Relación del personal empleado en la ejecución de la obra:**

En el periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023, se contó con personal directo de la empresa CIVITARQ y de subcontratista.

**Tabla No. 1**. En la siguiente tabla se relaciona el número de personas que participo en el proyecto y retiros que se presentaron en el periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023.

| No. | Empresa | Actividad que realiza | # de trabajadores que han ingresado al proyecto | Activos | Retirados | Trasladados | No ingreso | Flotante |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Civitarq | Constructor /Administración del proyecto | 13 | 8 | 0 | 0 | 0 | *5 |
| 2 | JS Constructivo | Subcontratista de cimentación | 16 | 4 | 9 | 3 | 0 | 0 |
| 3 | Industrial MetaetalicaJSI | Estructura metálica | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | | | 27 | 18 | 2 | 2 | 0 | 5 |

*En el periodo se contó con la participación de los especialistas

En la carpeta No.1 Información del personal se encontrarán los siguientes anexos:

### 4.1.2 Relación de personal:

Se evidencia una base de datos donde se registra los trabajadores que participan y/o participaron el proyecto Centro Cultural y Comunitario del Municipio de Chía, desde el inicio del proyecto; 20 de noviembre de 2023 hasta el 30 de noviembre de 2023, en donde se notifica fecha de ingreso, fecha de retiro, fecha de exámenes médicos ocupacionales y entidades de seguridad social a donde se encuentran afiliados los colaboradores. **Ver anexo No.1**, documentos de personal, base de datos y reporte diario de personal administrativo y operativo que participaron en obra en el periodo, además en este anexo se encuentra el archivo de reporte diario de personal que laboro en el día.

### 4.1.3 Documentos del personal:

En este anexo se encuentra la documentación del personal que ingreso en el proyecto, Centro Cultural y Comunitario del Municipio de Chía, durante el periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre del 2023. (Cedula, afiliaciones y/o planilla de seguridad social, examen médico de ingreso o periódico, curso de trabajo seguro en alturas) **Ver anexo Carpeta No.1 Documentos de personal.**

**Tabla No.02:** Relación de proveedores que ingresaron en el periodo del 20 de noviembre 2023 al 30 de noviembre de 2023.

| EMPRESA | ACTIVIDAD | No. de documentos de personal presentados en el periodo del 20/11/23 al 05/12/2023 |
|---|---|---|
| INDUSTRIA METALICA JSP SAS | Estructura Metálica | 2 |
| **Total de documentos de personal:** | | **2** |

### 4.1.4 Exámenes ocupacionales

En el periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023, se presentan los exámenes médicos ocupacionales de ingreso y/o periódicos de cada uno de los trabajadores que ingresaron al proyecto Centro Cultural y Comunitario del Mpio de Chía. Esta información se evidencia en el anexo No.01 Documentos de personal.

### 4.1.5 Notificación de examen médico ocupacional de egreso:

Para este periodo se presenta dos notificaciones de examen de egreso del subcontratista de estructura JS_COSNTRUCIVIL.

### 4.1.6 Seguridad social

Para el periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023 se presenta la seguridad social del personal y subcontratistas que participaron para este periodo. Ver tabla No.03 y Anexo No.02 Seguridad social.

**Tabla No.03**

| CONTRATISTA | ACTIVIDAD |
|---|---|
| Civitarq SAS | Constructor:<br>Juan Rosas: Director de Obra<br>Lilia Saray – Ing. Residente<br>Diana Méndez - SST |
| José Alirio Guzmán Espitia | Asesor Estructural |
| Nelson Alfredo Gutiérrez Rivera | Asesor Eléctrico |
| Fabio Andrés Méndez Moreno | Profesional Ambiental |
| Brayan Fabián Moreno Castro | Topógrafo |
| Paola Andrea Pachon Briñez | Hidrosanitaria |
| Milton David Perico Agudelo | Asesor Urbanismo |
| JS Construcivil | Subcontratista – Cimentación |
| Estructura Metalizas JSP | Subcontratista de estructura metálica. |

### 4.1.7 Liquidaciones y/o Cartas de continuidad laboral:

Para este periodo se entrega paz y salvo del subcontratista JS_CONSTRUCIVIL.

## 5 ACCIDENTES DE TRABAJO

En el periodo del 20 noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023, no se presentó accidente de trabajo y además se cuenta con la certificación emitida por la Arl de la empresa constructora Civitarq S.A.S y del proveedor JS Construcivil. Ver anexo No. 04

Para este periodo se reporta un total 1600 horas hombre trabajadas.

## 6 COPASST Y COMITÉ DE CONVIVENCIA

El día 17 de noviembre se conformó el comité de convivencia laboral y se nombró el vigía en seguridad y salud en el trabajo para el proyecto centro cultural y comunitario del municipio de chía, el cual el periodo de representación es por el tiempo de ejecución de la obra es decir a 19 de marzo 2024. Ver anexo No.05

La reunión del comité se realizará para el 18 de diciembre se presenta acta para el informe No.04

## 7 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN E INDUCCIONES

Para el periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre 2023 se programó realización de inducciones el cual se socializa las Políticas de SST, Plan de emergencias, Notificación de riesgos, Accidente de trabajo, Enfermedad Laboral, Copasst, Cocola, Seguridad social etc. Además, se programó charlas de cinco minutos. Ver Anexo No.06

### 7.1.1 Registro fotográfico de charlas de seguridad y/o capacitación.



**Tabla No.04** Relación de charlas periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023.

| FECHA | TEMA |
|---|---|
| 18/11/2023 | Control de emisiones atmosféricas y control de ruido |
| 21/11/2023 | Permisos de trabajo y Ats |
| 24/11/2023 | Que es accidente de trabajo y enfermedad laboral |
| 28/11/2023 | Riesgo Locativo y manejo de cargas |
| 30/11/2023 | Manejo seguro de herramientas y/o equipos |

## 8 MATRIZ DE RIESGOS

Se realizó la matriz de riesgos el cual se evaluó cada una de las actividades a realizar en el proyecto igualmente se actualizará cuando se realice una actividad nueva. Ver anexo No.06 Matriz de riesgos.

Igualmente, en las inducciones se les realiza a los trabajadores la notificación de riesgos a los que no encontramos expuestos por las diversas actividades en la construcción del CENTRO CULTURAL Y COMUNITARIO DEL MUNICIPIO DE CHIA.

## 9 PROGRAMA DE GESTIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

### 9.1.1 PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCIÓN DE SALUD.

En cuanto al programa de prevención y promoción de salud seguimos con la verificación de los exámenes ocupacionales de ingreso, programación de exámenes periódicos para el personal de CIVITARQ, pausas activas, el cual estas evidencias se encuentran en el anexo No.01

### 9.1.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

Para el periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023, se contó con la actividad cimentación.

En este periodo se realizaron permisos de trabajo para trabajo en caliente en alistamiento de columnas metálicas y plan de izaje para el descargue de las H e instalación de las columnas para el auditorio, pre operacionales de los equipos y/o herramientas utilizadas. Ver anexo No.08

Mediante oficio CICOM23-1511-37 del 15 de noviembre la interventoría aprueba el equipo mínimo que se debe usar para la ejecución de las diferentes actividades de la obra.

**TABLA No.5 RELACIÓN DE EQUIPOS Y HERRAMIENTA MENOR**

| Equipos y/o Herramienta menor | Contratista y/o Aliado Estratégico |
|---|---|
| Mini cargador | CIVITARQ |
| Pulidora | JS CONSTRUCIVIL Y JSP |
| Sierra eléctrica | JS CONSTRUCIVIL |
| Herramienta manual. | JS CONSTRUCIVIL |
| Equipo de soldadura | JSP |
| Vibrador de concreto | Civitarq |

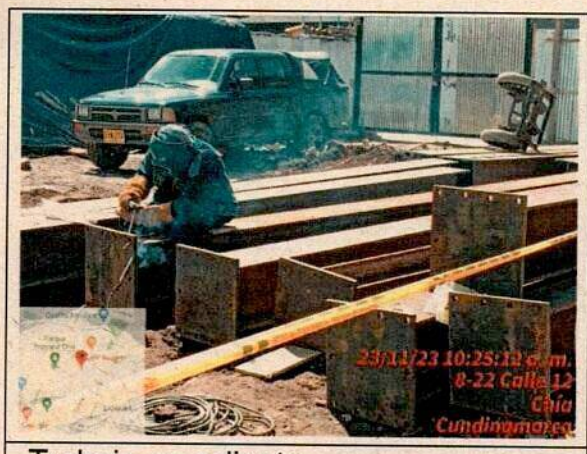
### 9.1.3 PROGRAMA PREVENTIVO Y CORRECTIVO

Para el periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023 no se realizó mantenimientos preventivos y o correctivo.

## 10 PROGRAMA DE TRABAJOS DE ALTOS RIESGOS (TRABAJO EN ALTURAS, IZAJE DE CARGAS, TRABAJOS EN CALIENTE)

Las tareas de alto riesgo son todas las actividades que por su naturaleza o lugar donde se realiza, implica la exposición o intensidad mayor a las normalmente presentes en la actividad rutinaria las cuales pueden causar accidentes laborales severos y en muchas ocasiones, mortales. Las que se catalogan como tal son: trabajos en alturas, trabajos en espacios confinados, trabajos en caliente, trabajos con energías peligrosas y trabajos con sustancias químicas peligrosas.

- **Trabajos en caliente e izaje de cargas** En el periodo del 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023, se realizó actividad de soldadura y oxicorte para actividad de estructura metálica. En donde se generó los permisos de trabajo en caliente e izaje de cargas. Ver anexo No.08

| | |
|---|---|
|  |  |
| Trabajo en caliente | Izaje de cargas |

## 11 PLAN DE EMERGENCIAS

Se cuenta con dos extintores de 20 lbs, camilla y botiquín.

## 12 PLAN DE MANEJO DE TRAFICO

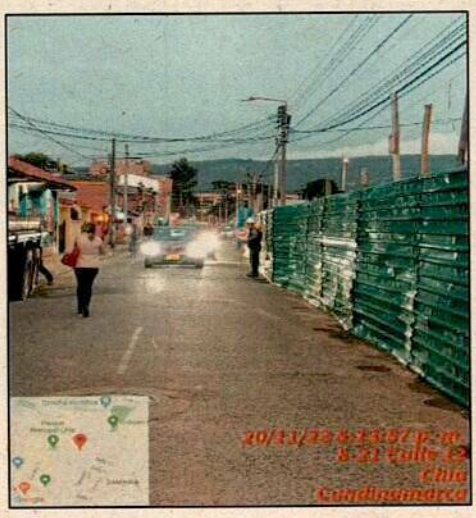
Se da cumplimiento con lo establecido en el PMT como el horario del tránsito de las volquetas, mixer y camiones, además se cuenta con los controladores viales para el ingreso y salida de los vehículos.

## Ruta 1, Autorizada en el PMT

a. **Ruta 1: Volquetas, mixer y camiones que transporten material:** el ingreso se realizara por el norte a través de la Av. Pradilla al occidente, calle 17 al occidente, carrera 13 al sur, calle 7 al oriente, carrera 7 al norte y calle 12 al occidente hasta el lugar de la obra; de salida se tomara la calle 12 al occidente, carrera 9 al sur, calle 11 al oriente hasta la carrera 7, tomando esta al norte y Av. Pradilla al oriente.

## RUTA No. 2 Autorizada en el PMT

b. **Ruta 2: Volquetas, mixer y camiones que transporten material:** el ingreso se realizara por el sur-occidente a través de la variante Chia-Cota, carrera 12 al norte hasta llegar a la calle 7 en donde tomaran al oriente hasta la carrera 7 tomando la misma hacia el norte hasta la calle 12 en donde giraran al occidente hasta el lugar de la obra; de salida se tomara la calle 12 al occidente, carrera 9 al sur, calle 11 al oriente hasta la carrera 7, tomando esta al norte y Av. Pradilla al oriente y variante Chia-Cota.



## 13 REGISTRO FOTOGRAFICO

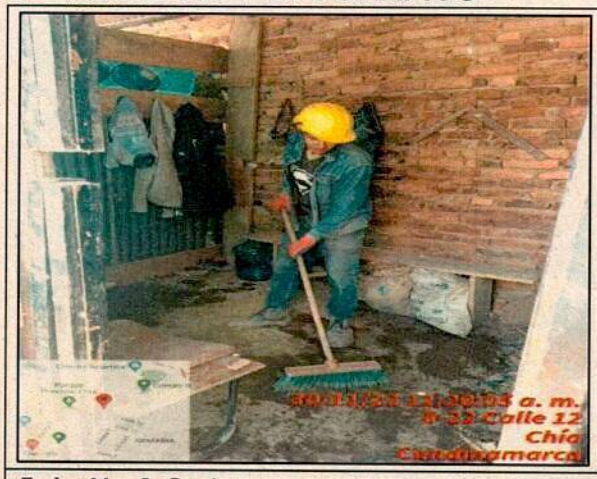



**Foto No.1** Orden y aseo en campamento




**Foto No.02** Señalización de campamentos y señalización de prohibición.




**Foto No.03** Supervisión de actividad

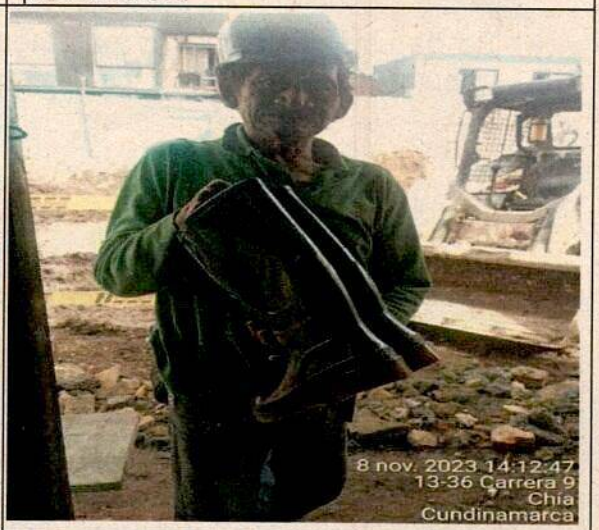



**Foto No.04** Señalización de áreas

## 14 ACTIVIDADES SOCIALES

Para este periodo 20 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023 no se presentó PQRS.

## 15 CONCLUSIONES

- Cumplimiento con lo establecido del PMT.
- Se realizaron charlas de seguridad.
- Supervisión de actividades sin novedad.
- Para este periodo no se presentó accidentes de trabajo.
- Se da cumplimiento a lo parámetros de la norma en seguridad y salud en el trabajo.

008
283

# ANEXO No.01

# DOCUMENTOS DE PERSONAL

# BASE DE DATOS

CIVITARQ

**BASE DE DATOS PERSONAL**

**PROYECTO CONSTRUCCION DE LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE DEL CENTRO CULTURAL COMUNITARO DEL MUNICIPIO DE CHIA CUNDINAMARCA**

| No. | CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA | NOMBRE DEL TRABAJADOR | CEDULA | CARGO | FECHA INGRESO | FECHA RETIRO | NUMERO DE CONTACTO | ARL | EPS | AFP | FECHA EXAMENES | | | CONCEPTO | DIRECCIÓN | CIUDAD | NOMBRE Y APELLIDO PERSONA DE CONTACTO | # TELEFONICO PERSONA DE CONTACTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | INGRESO | PERIÓDICO | EGRESO | Valoración Ingreso | | | | |
| 1 | CIVITARQ | LILIA MYRIAM SARAY PALACIO | 40.327.083 | RES. TEC | 14/09/2023 | | 3185572521 | POSITIVA | SANITAS | COLPENSIONES | 20/09/2023 | | | APTO | CRA72H PISO No.56-56 SUR, BOGOTA | BOGOTA | SERVANDO MONSALVE | 3134320598 |
| 2 | CIVITARQ | DIANA PATRICIA MENDEZ UCHUVO | 65.707.729 | RES. SST | 22/09/2023 | | 3124683695 | POSITIVA | SALU TOTAL | PROTECCION | 20/09/2023 | | | APTO | CRA 14 # No. 7-17 Ibaro II, Chia | CHIA | FELIPA UCHUVO | 3132831120 |
| 3 | CIVITARQ | IVAN ORLANDO PINEDA AREVALO | 1.012.397.301 | OPERADOR | 26/09/2023 | 17/10/2023 | 3108205587 | POSITIVA | FAMISANAR | COLPENSIONES | 23/09/2023 | | NOTIFICACION | APTO | KR 16 B 20 17 SUR SOACHA | SOHACHA | DAYANA QUINTERO | 3144430822 |
| 4 | CIVITARQ | PAULA FERNANDA TABA | 1.072.671.093 | AUX. ADTIVO | 17/10/2023 | | 3016278470 | POSITIVA | SANITAS | PORVENIR | 12/10/2023 | | | APTO | CRA 14 No.11-33 B.Las Acacias, Chia | CHIA | MANUEL TABA | 3114790023 |
| 5 | CIVITARQ | CARLOS ENRIQUE ORTIZ LEAL | 88.211.477 | ALMACENISTA | 14/10/2023 | | 3143199329 | POSITIVA | SANITAS | PROTECCION | 12/10/2023 | | | APTO | VDA LA BALSA SECTOR LAS JUNTAS | SOHACHA | VICTOR ORTIZ | 3229355895 |
| 6 | CIVITARQ | WILLIAM RODRIGUEZ | 1.072.665.465 | VIGILANTE | 18/10/2023 | | 3144851106 | POSITIVA | FAMISANAR | COLFONDOS | 13/10/2023 | | | APTO | CALLE 9 No.7-65 Interior 8 | CHIA | DAYENI MARTINEZ | 3228962579 |
| 6 | CIVITARQ | WILLIAM RODRIGUEZ | CHIA | | | | | | | | | | | APTO | VDA FAGUA | CHIA | ANA MIREYA NIÑO | 3115514342 |
| 7 | CIVITARQ | JOSE ALIRIO NIÑO GONZALES | 93.384.224 | OPERADOR | 17/10/2023 | 4/12/2023 | 3117364958 | SURA | SANITAS | PROTECCION | 4/10/2023 | | | | | | CLAUDIA MARCELA PAEZ | 3154814064 |
| 8 | CIVITARQ | WILSON RICARDO PLAZAS ESPINEL | 79.716.122 | DIRECTOR DE OBRA | 17/11/2023 | | 3164537256 | POSITIVA | COMPENSAR | PORVENIR | | | | | CRA 18A No.182-59 BLOQUE6 APTO 304 | BOGOTA | | |
| 1 | JS CONSTRUCIVIL | SERVANDO MONSALVE | 79.244.156 | MAESTRO OBRA | 4/10/2023 | | 3134320598 | SURA | SANITAS | COLPENSIONES | 5/01/2023 | | | APTO | CRA72H PISO No.56-56 SUR, BOGOTA | BOGOTA | LILIA SARAY | 3185572521 |
| 2 | JS CONSTRUCIVIL | DAVID FELIPE GARZON FORERO | 1,003,674,845 | AYUDANTE | 11/10/2023 | 29/11/2023 | 3118774151 | SURA | COMPENSAR | PORVENIR | 10/10/2023 | | | APTO | VDA TIQUIZA SECTOR 4 ESQUINAS | CHIA | LUISA FORERO | 3053009468 |
| 3 | JS CONSTRUCIVIL | JUAN DAVID HERRERA CARABALLO | 1,044,910,507 | AYUDANTE | 11/10/2023 | | 3001676259 | SURA | MUTUALSER | PORVENIR | 10/10/2023 | | | APTO | CALLE 12 No. 02-41 Int 08 | CHIA | ISMAEL GARAVAY | 3153218739 |
| 4 | JS CONSTRUCIVIL | NICOLAS LOPEZ | 1,072,710,571 | OFICIAL | 11/10/2023 | | 3108160611 | SURA | SALUD TOTAL | PORVENIR | 12/10/2023 | | | APTO | CALLE 12 No. 8-24 | CHIA | JUAN BOLIVAR | 3102545232 |
| 5 | JS CONSTRUCIVIL | JAIME CANTOR | 19,488,413 | AYUDANTE | 24/10/2023 | | 3132409581 | SURA | SURA | COLPENSIONES | 23/10/2023 | | | APTO | CALLE 5 No28-79 | CHIA | ANA JULIA LAVADO | 3142365593 |
| 6 | JS CONSTRUCIVIL | GERARDO CABRERA | 11,201,466 | OFICIAL | 25/10/2023 | | 322668867 | SURA | FAMISANAR | COLFONDOS | 24/10/2023 | | | APTO | CALLE 7 No.11-55 | CHIA | LUZ ANGELA RUIZ | 3224362398 |
| 7 | JS CONSTRUCIVIL | YEISON IVAN MELO AVILA | 1,072,673,533 | AYUDANTE | 1/11/2023 | 10/11/2023 | 3133856023 | SURA | SANITAS | PROTECCION | 31/10/2023 | | | APTO | CALLE 16A # 00-15 | CHIA | LINA MARIA TRIVIÑO | 3219087835 |
| 8 | JS CONSTRUCIVIL | DANIEL BONET CARO | 1,065,846,697 | AYUDANTE | 2/11/2023 | 3/11/2023 | 3135446472 | SURA | NUEVA EPS | COLPENSIONES | 31/10/2023 | | | APTO | CALLE 6 # 4 ESTE 27 | CHIA | ERMENSO CARO | 3126780088 |
| 9 | JS CONSTRUCIVIL | JOSE ROBERTO GIAYACUNDO SORA | 6,762,960 | OFICIAL | 8/11/2023 | 29/11/2023 | 3204703613 | SURA | SALUD TOTAL | COLPENSIONES | 4/11/2023 | | | APTO | VEREDA CERCA PIEDRA | CHIA | YAKELINE ROYERO | 3156217637 |
| 10 | JS CONSTRUCIVIL | VICTOR MANUEL ESPINOSA MORENO | 1072699787 | OFICIAL | 8/11/2023 | 18/11/20223 | 3115458323 | SURA | FAMISANAR | PORVENIR | 3/11/2023 | | | APTO | CALLE 5 No6-46 | CHIA | YESICA PAOLA | 3116541483 |
| 11 | JS CONSTRUCIVIL | DIEGO ANDRES GOMEZ CARDOZA | 1,012,361,689 | AYUDANTE | 9/11/2023 | 18/11/20223 | 3107841576 | SURA | SALUD TOTAL | PORVENIR | 31/10/2023 | | | APTO | CRA 77L # 49D-40 SUR | BOGOTA | ENZO GOMEZ | 3014462675 |
| 12 | JS CONSTRUCIVIL | IVAN FELIPE PEÑARANDA | 1,072,705,398 | AYUDANTE | 10/11/2023 | | 3173678281 | SURA | NUEVA EPS | PORVENIR | 9/11/2023 | | | APTO | VDA CERCA PIEDRA | CHIA | CAMILA SANCHEZ | 3123267131 |
| 13 | JS CONSTRUCIVIL | ERQUIN LIZANDRO GOMEZ VARVERDE | 78,690,191 | OFICIAL | 10/11/2023 | 18/11/2023 | 3115808298 | SURA | FAMISANAR | PROTECCION | 31/10/2023 | | | APTO | CRA 77L # 49D-40 SUR | BOGOTA | CARMEN GOMEZ | 3107841566 |
| 14 | JS CONSTRUCIVIL | ARIAN NEOMAR ACOSTA MARCANO | PPT 7152947 | AYUDANTE | 13/11/2023 | 17/11/2023 | 3115560247 | SURA | COMPENSAR | PORVENIR | 10/11/2023 | | | APTO | CALLE 6 No 8-26 | CHIA | MARIA MARCANO | 3014946894 |
| 15 | JS CONSTRUCIVIL | URIEL ANTONIO RODRIGUEZ RAMIREZ | 80140432 | OFICIAL | 17/11/2023 | | 3209611440 | SURA | SALUD TOTAL | SALUT TOTAL | 15/11/2023 | | | APTO | CALLE 41B No 22B-44 | BOGOTA | ROSALBA RAMIREZ | 3132215380 |
| 16 | JS CONSTRUCIVIL | LUIS DAVID BARRETO OROZCO | 1221965971 | AYUDANTE | 17/11/2023 | 25/11/2023 | 3103636060 | SURA | NUEVA EPS | COLPENSIONES | 15/11/2023 | | | APTO | VDA FUNQUITA | CHIA | ELVIRA OROZCO | 3019494B6 |
| 1 | INDUSTRIAS METALICAS JSP | ALFONSO ROMERO ARIAS | 11309364 | ENCARGADO | 16/11/2023 | | 3203042720 | POSITIVA | SURA | PROTECCION | 14/11/2023 | | | APTO | CALLE 115B-SUR No.10-46 | BOGOTA | ADELA LUNA | 3213178113 |
| 2 | INDUSTRIAS METALICAS JSP | CARLOS HUMBERTO MORALES CUELLAR | 94.434.143 | SOLDADOR | 16/11/2023 | | 3134032493 | POSITIVA | FAMISANAR | COLFONDOS | 14/11/2023 | | | APTO | DIAG 79A No.32-36 | BOGOTA | EMILSE ALFONSO | 3134807850 |
| 3 | INDUSTRIAS METALICAS JSP | GERMAN GOMEZ HERNANDEX | 91259906 | SOLDADOR | 19/11/2023 | | 3113007165 | POSITIVA | NUEVA EPS | PORVENIR | 17/11/2023 | | | APTO | CRA 68 A No.1-65 | BOGOTA | OLGA GOMEZ | 3132806611 |
| 4 | INDUSTRIAS METALICAS JSP | OSCAR MORENO LEON | 3159506 | SOLDADOR | 19/11/2023 | | 3222870176 | POSITIVA | FAMISANAR | PROTECCION | 3/11/2022 | | | APTO | CRA 8 BIS 7-09 | BOGOTA | LILIANA ESTRADA | 3112443765 |

284

809

010
285

# ANEXO No.01

# DOCUMENTOS DE PERSONAL

# JS_CONSTRUCIVIL

## (SUBCONTRASTITA_ESTRUCTURA)

011
286

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

80.140.432
RODRIGUEZ RAMIREZ

APELLIDOS
URIEL ANTONIO

NOMBRES
Uriel Rodriguez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

25-MAY-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500150-00029001-M-0080140432-20080724 0001366966A 1 1320010994

Calle 41 b # 22 b 44
7114852.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 02:48:52 PM horas del 15/11/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **80140432**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ RAMIREZ URIEL ANTONIO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Powered by CamScanner

012
287

ARL | sura

Medellin, 15 de November de 2023

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JS CONSTRUCIVIL S.A. S.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C80140432 | RODRIGUEZ RAMIREZ URIEL ANTONIO | 16/11/2023 | | D2632262 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/11/2023 14:25:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.145.63.63, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

**SaludTotal** EPS
NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 16 11 2023

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☒ (Cotizante o Cabeza de Familia, Beneficiario o afiliado adicional) B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ Código (3 dígitos): 

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Rodriguez | Ramirez | Uriel | Antonio |

| 7. Tipo de documento de identificación | 8. Número de documento de identificación | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento (DD MM AAAA) |
|---|---|---|---|
| CC | 80140432 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 14 02 1981 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo | Condición | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| SURA | Colfondos | 1'160.000 |

| 18. Residencia | Zona: Urbana / Rural | Localidad/Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| CL 41 b # 22b-44. Bogotá | ☐ / ☒ | 7114852 | Cund |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | |

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

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

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

SaludTotal
RECIBIDO PARA ESTUDIO
16 NOV 2023
CORREDOR: GRUPO ALIANZA SOLUCIONES INTEGRALES
NIT 830096253

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo I | II | III | Condición I | II |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o Razón Social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| JS Construcivil SAS | NIT | 901178923 | |

| 39. Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| Cra 73 # 56-51 Sur | 5510528 | | Bogotá | Cund |

F285 FINA V.1.0 2016

Powered by CamScanner

013

288

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total EPS**
NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha y Radicación: 16 11 2023

## II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de identidad | | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha 16 11 2023 |
|---|---|---|---|---|
| 43. EPS anterior: Salud Total. | | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio |
|---|---|
| D. RIEL RODRIGUEZ | JONATHAN MONSALVE |

## IX. ANEXOS

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

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

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

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación 16 11 2023 | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad | 63. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | Nicolas Pinzon |

OBSERVACIONES

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

F365-RVA V 1.0 2016

Powered by CamScanner

Colfondos
HABITAT

## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) URIEL ANTONIO RODRÍGUEZ RAMÍREZ identificado(a) con C.C No 80.140.432 se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 15 de noviembre del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Powered by CamScanner

014
289

compensar

Bogotá DC. 15 de Noviembre de 2.023

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

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el dia 15/11/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 80140432 |
| Nombres y Apellidos | URIEL ANTONIO RODRIGUEZ RAMIREZ |
| Tipo y Numero de Identificación del Empleador | NIT 901178923 |
| Razón Social Empleador | JS CONSTRUCIVIL SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 16/11/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 15/11/2023 |
| Cargo | OBRERO |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1160000 |

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

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

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

ISO 9001 Icontec SC 5892-14 IQNet

FOR PGIE 044

VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner



# CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

**CENTRO MEDICO SANTA ANNA**

**Chía Cra 9 N° 14-54 Cel: 313 8600912 Tel: 8157501**

| Fecha: | 15/11/2023. | Hora: | 2 pm. |
|---|---|---|---|

## INFORMACION GENERAL:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA | JS CONSTRUCIVIL SAS. NIT 901178923-6. | | | | | | |
| Nombre del Trabajador: | Uriel Antonio Rodríguez Ramírez. | | | Edad: | 43 años. | Género: | M. |
| Identificación: CC.N° | 80140432. | Cargo a desempeñar: | Oficial de obra. | | | | |
| Escolaridad: | Primaria. | Estado Civil: | UL. | Fecha de Nacimiento: | 14/02/1981. | | |
| Teléfono: | 320 9611440. | Dirección Actual: | Bogotá, localidad Bosa. | | | EPS: | Salud total. |

## EXAMEN REALIZADO:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Preocupacional: | x | Énfasis en alturas. | | | | | |
| Periódico: | | Egreso: | | Otro: | | Cual: | |

## EXAMEN MEDICO FÍSICO OCUPACIONAL:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Signos Vitales: | x | Cardiopulmonar: | x | IMC: | x | |
| Énfasis Osteomuscular y de Columna: | Arcos de movimiento conservados. | | | | | |

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

| | | | | | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Visiometría | x | Con lentes | | Sin lentes | x | x | |
| Pruebas neurológicas de equilibrio: | | | | | | x | |
| Audiometría: | | | | | | x | |
| Neurológico y mental. | | | | | | x | |
| Vacunación covid. | | | | | | x | |
| Presento signos o síntomas recientes para Covid19 | | | | | | | x |

## EXAMENES DE LABORATORIO

| | SI | NO |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## EXAMEN PERIODICO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Puede continuar en su cargo: | SI | | NO | | Reubicación Laboral: | SI | | NO | | | |
| Otros: | SI | | NO | | Cuales: | | | | | | |

## EXAMEN DE EGRESO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sospecha de Enfermedad Profesional: | SI | | NO | | Otros: | SI | | NO | | Cuales | |

## Recomendaciones:

| Ocupacionales | | Médicos | | Hábitos y Estilo de Vida | |
|---|---|---|---|---|---|
| - Capacitar en prevención de Riesgos propios del Oficio. | X | - Ingreso a S.E.V o P.P. y P. | | - Inicio de Actividad Física Regular | |
| - Enseñar y utilizar Elementos de Protección Personal. | X | - Valoración Optometría. | | - Control del Peso. | |
| - Evitar movimientos Repetitivos y rotacionales. | | - Valoración Med. Laboral. | | - Dieta Hipocalórica | |
| - Capacitar y entrenar para trabajos sobre alturas. | X | - Valoración ARL. | | - Reducir consumo de Alcohol. | |
| - Uso obligatorio de arnés. | X | - Valoración Psicología. | | - Dejar Tabaquismo. | |
| - Higiene Postural para columna y articulaciones. | | - Valoración Odontología. | | - Mejorar Nivel Académico. | |
| - No levantar peso mayor a 5 Kg | | - Valoración Fonoaudiología. | | - Estimular Relación Social. | |
| - Realizar pausas activas laborales. | X | - Continuar tratamiento actual. | | - Otros: | |
| - Reubicación Temporal. | | - Remisión a EPS. | | | |
| - Adoptar Protocolos de Minsalud para prevenir riesgo de Covid19 | X | - Otros: | | | |
| - Otros | | | | | |

## Conclusión Médica de Aptitud Ocupacional:

Sin restricciones para desempeñarse en el cargo. Puede trabajar en alturas.

Dr. German Fabio Rosales R.
Med. cirujano U de Antioquia
Médico Especialista en
SALUD OCUPACIONAL
Res. 12445 de 26/10/2017

**GERMÁN FABIO ROSALES ROMERO**
Medico Universidad de Antioquia RM: 5080497
Especialista en Medicina Ocupacional Res. 12445 de 26/10/2017

TRABAJADOR: Uriel Rodriguez
Declara que la información dada es veraz y puede ser confirmada

**CONSIDERACIONES LEGALES:** Las Resoluciones 2346 del 11 de Julio del 2007 y 1918 del 5 de Junio de 2009 del Ministerio de Trabajo y de Salud y Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones medicas ocupacionales con el objeto de determinar si existen restricciones en el trabajo a desempeñar. Se entrega el resultado del Certificado Médico Laboral, los datos de la Historia Clínica son reserva profesional según Resolución 1918 de 2009. El trabajador de manera voluntaria, previo conocimiento del examen a realizar, autoriza al Médico para el procedimiento ocupacional y de exámenes complementarios si son necesarios.

Powered by CamScanner

www.JS-Construcivil.com
Nit: 901178923-6

## RECOMENDACIONES MEDICAS

Nombre del trabajador: Uriel Antonio Rodriguez Ramirez.
Identificación: 80.140.432.
Cargo: Oficial

El compromiso de **JS CONSTRUCIVIL S.A.S** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus trabajadores por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como trabajador de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

| | | |
|---|---|---|
| **MEDICO PREOCUPACIONAL** ☒ | **MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** ☐ | **POST INCAPACIDA** ☐ |
| **TRABAJO ALTURAS** ☐ | **REUBICACIÓN** ☐ | **OTRO** ☐ |

Realizado el 15 11 2023., se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan:
Capacitacion riesgos propios del oficio, utilizacion de EPP's, Trabajo alturas, uso obligatorio del arnes, pausas activas.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico (anexo) para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a la persona encargada en SST, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud, ya que se realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

| | |
|---|---|
| Uriel Rodriguez | Oficial |
| Firma | Cargo |
| Uriel Antonio Rodriguez R. | 15-Nov-23. |
| Nombres y Apellidos | Fecha |



Powered by CamScanner

CIVITARQ

# FICHA DE INGRESO

La información que proporciones debe ser clara y veraz, es de carácter confidencial.

| | |
|---|---|
| **Nombre del Proyecto:** | Centro Cultural y Comunitario del Municipio de Chía. |
| **Fecha:** | 16-Nov-23. |
| **CIVITARQ** ☐ | **CONTRATISTA** ☒ **Cual?** JS Construcivil SAS. |

| | PREGUNTAS | RESPUESTA |
|---|---|---|
| 1 | Nombre y apellidos completos | Uriel Antonio Rodriguez Ramirez |
| 2 | Número de documento CC ☒ PPT ☐ | 80.140.432. |
| 3 | Cargo: | Oficial |
| 4 | RH: | O positivo. |
| 5 | Fecha de Nacimiento | 14-Febrero-1981 |
| 6 | Sexo | Masculino. |
| 7 | A que EPS esta afiliado/a | Salud Total |
| 8 | A que ARL está afiliado/a | Sura. |
| 9 | Direccion de Residencia: | Calle 41 b # 22 b 44. |
| 10 | Barrio y/o Vereda en el que vives | Rosa los olivos. |
| 11 | Ciudad: | Bogota. |
| 12 | Número telefónico (celular) | 320. 9611440. |
| 13 | Estado civil | Soltero. |
| 14 | Tiene hijos? Si/No? Cuantos? | No. |
| 15 | Toma medicamentos si/no? Cual | No. |
| 16 | Es alergico? Si/No A que? | No. |
| 17 | Grado de escolaridad | Quinto |
| 18 | Nombre de la persona en caso de emergencia | Rosalba Ramirez |
| 19 | Número del contacto en caso de emergencia | 313. 2215380. |
| 20 | Al enviar este formulario declaras de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que autorizas a CIVITARQ, como responsable del tratamiento de los datos que proporciones por medio de esta encuesta y, en tal virtud, podrá recolectar, almacenar, usar, transmitir, verificar, suministrar, actualizar y confirmar la información brindada por mí en la presente encuesta ante los entes administradores del Sistema de Seguridad Social Integral, entidades estatales y demás responsables. | Uriel Rodriguez<br>Si acepto<br>FIRMA DEL TRABAJADOR |

Powered by CamScanner

www.JS-Construcivil.com
Nit: 901178923-6

JS CONSTRUCIVIL S.A.S

## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA

| | | |
|---|---|---|
| DATOS DEL EMPLEADOR | RAZON SOCIAL | JS CONSTRUCIVIL SAS |
| | REPRESENTANTE LEGAL | JONATHAN MONSALVE ALARCON |
| | DIRECCIÓN | CARRERA 73 # 56-53 |
| | CIUDAD | BOGOTA |
| DATOS DEL TRABAJADOR | NOMBRE | Uriel Antonio. Rodriguez Ramirez. |
| | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 80. 140. 432. |
| | TELEFONO | 320. 9611440. |
| | LUGAR DE RESIDENCIA | Calle 41 b # 22 b 44. Bosq los olivos. |
| | LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO | Bogotá 14- Febrero- 1981 |
| SEGURIDAD SOCIAL | EPS | Salud Total |
| | AFP | Colfondos. |
| | ARL | SURA |
| | CCF | COMPENSAR |
| DATOS GENERALES DEL CONTRATO | SALARIO BÀSICO | 1'160.000= |
| | AUXILIO DE VIVIENDA Y ALIMENTACION | No. |
| | FORMA DE PAGO | QUINCENAL |
| | CARGO | Ofaal |
| | FECHA DE INGRESO CLIENTE | 16- Noviembre- 2023. |

Entre los suscritos, **JONATHAN MONSALVE ALARCON**, mayor de edad, vecino de Bogotá DC, identificado con CC, 1024521810 de Soacha, quien actúa en su condición de representante legal de la empresa **JS CONSTRUCIVIL SAS**, y quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR**, por una parte y por la otra Uriel Antonio Rodriguez Ramirez, mayor de edad, identificado con la CC 80. 140. 432 de Bogotá. y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL TRABAJADOR**, acuerdan celebrar el presente contrato de trabajo por obra o labor determinada, el cual se regirá por las normas legales que para el efecto estén vigentes en el territorio nacional, además del reglamento interno de trabajo del EMPLEADOR, y por las cláusulas que se indican en este contrato y que aparecen después de las siguientes definiciones:

**DEFINICIONES:** Para los efectos del presente contrato se entenderá como:

1. **CONTRATISTA:** A la persona natural o jurídica que ha contratado los servicios de **JS CONSTRUCIVIL SAS** para la ejecución de una obra civil en la dirección Centro cultural chia cundinamarca.



Powered by CamScanner

2. **EL EMPLEADOR:** es la empresa **JS CONSTRUCIVIL SAS,** quien es representada por Jonathan Monsalve Alarcón.
3. **EL TRABAJADOR:** Es la persona que presta sus servicios personales al empleador y que está vinculada por medio del presente contrato laboral de obra o labor determinada.

**PRIMERA. – OBJETO.-** EL TRABAJADOR, se obliga para con EL EMPLEADOR, a ejecutar personalmente las labores que sean necesarias y en las anexas y complementarias para desempeñar el cargo de Oficial, de conformidad con las órdenes e instrucciones que imparta EL EMPLEADOR o sus representantes. **PARÁGRAFO:** Las partes acuerdan expresamente que EL TRABAJADOR, durante la vigencia de este contrato de trabajo, no podrá prestar directa ni indirectamente sus servicios laborales a otros contratantes o terceros.

**SEGUNDA - LUGAR DE EJECUCIÓN:** Los servicios contratados serán prestados por EL TRABAJADOR en la ciudad de BOGOTÁ.

**TERCERA. -TIPO DE VINCULACIÓN Y DURACIÓN.-** El presente contrato es de tipo laboral por labor contratada u obra, por lo cual la duración del mismo será el tiempo que dure la labor, que para el caso, serán las labores de obra civil Encargadas al empleador por parte del contratista, en la dirección Centro cultural - Chia Cundinamarca., por lo cual se entiende que la obra o labor contratada del TRABAJADOR, se encuentra ligada Algo trato realizado entre el empleador y el contratista,, valga decir, que en caso de que el contratista dé por terminado el contrato con el empleador, se entiende terminado por ésta causa todos los contratos laborales que se hayan desprendido de dicho contrato, incluido éste que se está suscribiendo por las partes.

**CUARTA.- RESPONSABILIDADES, OBLIGACIONES Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR.-** Son obligaciones del trabajador las siguientes:

1. Realizar la labor contratada cumpliendo estrictamente los niveles de calidad, puntualidad, diligencia, cuidado y pericia que le señale el empleador o los que su oficio le imponga.
2. Ayudar a carpinteros, techadores, albañiles e instaladores en actividades de rutina.
3. Ayudar a operadores de equipo pesado a asegurar los enganches especiales del equipo, guiar a los operarios para el movimiento de equipo y apoyar en otras actividades
4. Ayudar en el alineamiento de tubos y otras actividades mientras se realiza la instalación de tuberías.
5. Ayudar en la demolición de edificaciones usando barras, palancas y otras herramientas y clasificar, limpiar y apilar los materiales reutilizables.
6. Ayudar en las actividades de topografía, como sostener o movilizar estacas y jalones, limpiar el terreno para realizar la topografía y transportar las herramientas y equipos de fotografía a los sitios de trabajo.
7. Cargar y descargar materiales de construcción y moverlos a las áreas de trabajo.
8. Abastecer las máquinas y equipo utilizados en la construcción tales como mezcladores, compresores y bombas.
9. Mezclar, regar y extender materiales como asfalto y concreto.
10. Apoyar en el montaje y desmontaje de andamios y barricadas en los sitios de construcción.
11. Nivelar el terreno utilizando herramientas menores propias de la actividad en ejecución de acuerdo a especificaciones.
12. Operar equipos livianos propios de la actividad de la construcción según los procedimientos y manuales técnicos del fabricante.
13. Retirar los escombros y otros desechos de los sitios de construcción utilizando rastrillos, palas, carretillas y otro equipo.
14. Observar el correcto funcionamiento de los equipos y herramientas, para desarrollar su labor de forma segura y eficiente.
15. Acatar y poner en práctica las normas de seguridad tanto en las instalaciones de la empresa, como en las instalaciones del contratista, y de la obra.



Powered by CamScanner

16. Desarrollar todas las actividades correspondientes a su trabajo siguiendo de manera exacta las normas y recomendaciones de seguridad industrial y salud ocupacional de la compañía y las exigidas por las administradoras de riesgos laborales, Así como asistir a las charlas de seguridad y seguir las recomendaciones del contratante y el HSEQ.
17. Utilizar todo el tiempo de su trabajo en obra, desde el momento de ingreso a la obra y hasta su salida, todos y cada uno de los elementos de protección en el sitio de trabajo, tales como casco, caretas, guantes, botas, arnés y sus enganches, etc.
18. Abstenerse de realizar actos inseguros e informar de aquellos actos inseguros que observe realizar por parte de otros trabajadores y que puedan afectar su propia salud o la integridad de otro trabajador así como el desempeño y ejecución de las obras.
19. No fumar, ni ingerir bebidas alcohólicas, estimulantes ni estupefacientes, dentro de las instalaciones de la obra, ni a los alrededores, en horas de trabajo, asi como abstenerse de presentarse bajo efecto de dichas sustancias a laborar.
20. Cumplir con las recomendaciones que se le impartan en materia de medicina, higiene y seguridad industrial de conformidad a las normas legales y reglamentación de la empresa.
21. Colocar al servicio de EL EMPLEADOR, toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de sus funciones y en las labores anexas, conexas y complementarias, comunicando oportunamente al empleador las observaciones que estime conducentes para el correcto funcionamiento de las actividades de la empresa contratante y de su propia labor, evitando daños y perjuicios.
22. No disminuir intencionalmente el ritmo de ejecución del trabajo, ni suspender labores, ni promover suspensiones intempestivas del trabajo o incitar a su declaración o mantenimiento, sea que participe o no en ellas
23. Asistir y participar activamente en los programas y actividades especiales de EL EMPLEADOR, independientemente de su fecha, día u hora, tales como sesiones solemnes, jornadas de crecimiento institucional, evaluación de rendimiento, evaluación institucional y cualquier otro tipo de celebraciones y eventos, prestando su concurso para la organización y éxito de tales realizaciones.
24. Cumplir los controles establecidos para la entrada y salida de personas y objetos en forma estricta, según las políticas fijadas por EL EMPLEADOR y sus representantes;
25. No faltar al trabajo sin justa causa, ni ausentarse de este durante las horas de trabajo, y en caso de inasistencia, justificar durante los siguientes dos días y por escrito los motivos, aportando excusas medias, incapacidades, y cualquier otro documento que comprueben y lo justifiquen.
26. Entregar los informes verbales o escritos sobre sus actividades que solicite el empleador.
27. Mantener vigentes los permisos exigidos por la Ley, para poder ejercer su profesión u oficio, tales como cursos de alturas, licencias de tránsito, permisos de permanecia en Colombia en caso qué se requiera, etc.
28. Mantener una actitud positiva en el desarrollo de su gestión laboral y su comportamiento, conservando las normas de ética, respeto, moral y buena conducta.
29. Informar por escrito al EMPLEADOR cualquier cambio de dirección, teniéndose como suya para todos los efectos, la última dirección registrada en la empresa y en su defecto, la que aparece al pie de su firma en este contrato.
30. Guardar absoluta reserva y confidencialidad sobre los hechos, documentos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo.
31. Las demás actividades anexas a las ya indicadas, así como todas aquellas instrucciones que el empleador o sus delegados impartan al trabajador de manera personal o a través de circulares, cartas o reglamentaciones, y que tengan relación directa o indirecta con las labores y obligaciones aquí descritas en el desarrollo del contrato de la obra civil.



Powered by CamScanner

**PARAGRAFO:** Las partes declaran expresamente que el incumplimiento por parte del TRABAJADOR de cualquiera de las obligaciones contempladas en esta cláusula o de las previstas en el artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, constituye falta grave, aún por la primera vez.

**QUINTA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se termina cuando:

1. Cese la obra o labor contratada.
2. Cuando se de la terminación de la obra contratada por el contratista con el empleador, bien sea porque se finaliza la obra en su ejecución, o porque el contratista por alguna causa da por terminado el contrato con El empleador.
3. Por las causas establecidas en la legislación laboral vigente.
4. Por la violación de una de las obligaciones contempladas en este contrato o en el Reglamento Interno de Trabajo determinadas como faltas graves.
5. Por la repetición más de dos veces de una o varias faltas catalogadas como no graves
6. Por la renuncia del trabajador con 15 días de anticipación.

**SEXTA.- SALARIO Y FORMA DE PAGO.-** Durante todo el término de ejecución del contrato el TRABAJADOR recibirá como salario, el valor del salario mínimo mensual legal vigente en Colombia, que para el año 2018 equivale a Setecientos Ochenta y Un Mil Doscientos Cuarenta y Dos Pesos ($781.242), En cuanto a la forma de pago, el salario al trabajador se le pagará cada 14 días, empezando el segundo sábado después del ingreso del trabajador y de ahí en adelante cada segundo sábado se le pagará el valor correspondiente a 14 días de trabajo.

**SÉPTIMA:**

**OCTAVA.- TRABAJO SUPLEMENTARIO.-** Todo trabajo suplementario o en horas extras, y todo trabajo en día domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la ley, así como los correspondientes recargos nocturnos, para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, dominical o festivo, EL EMPLEADOR o sus representantes deben autorizarlo por escrito previamente. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito a la mayor brevedad al EMPLEADOR o a sus representantes, por lo cual EL EMPLEADOR no reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o avisado conformado en estos términos.

**NOVENA: JORNADA DE TRABAJO:** La jornada de trabajo que rige el presente contrato es la máxima establecida en la legislación laboral vigente, la cual, se desarrollará en los turnos que EL EMPLEADOR asigne. **PARAGRAFO PRIMERO:** En cualquier caso, por acuerdo expreso o tácito de las partes podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del C.S.T. modificado por el artículo 23 de la ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las sesiones de la jornada no se computan dentro de la misma según el artículo 167 del mismo código.

**DÉCIMA. -OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR-** Además de las obligaciones legales y reglamentarias, EL EMPLEADOR se obliga a: 1) Cubrir oportunamente el monto de los salarios en la forma estipulada; 2) Suministrar a EL TRABAJADOR los implementos necesarios para la prestación de sus servicios en forma eficaz, salvo lo conocido en el gremio de la construcción como herramienta de mano, la cual traerá a la obra el trabajador, tales como palustres, martillo, cincel, alicates, palas, destornilladores y semejantes. 3) Guardar absoluto respeto a la dignidad personal de EL TRABAJADOR; 4) No deducir o retener suma alguna del monto del salario y prestaciones en dinero que correspondan a EL TRABAJADOR sin autorización previa escrita de éste para cada caso o sin mandamiento judicial, con excepción de los casos autorizados por la ley, y sin perjuicio del no pago o disinución de bonos o ayudas que no constituyan salario en los términos del presente contrato. 5) No obligar bajo ninguna forma al TRABAJADOR a comprar mercancías o víveres en almacenes, tiendas, proveedurías que establezca EL EMPLEADOR; 7) No emplear en las certificaciones que expida EL EMPLEADOR, signos convencionales que tiendan a perjudicar al interesado, ni adoptar el sistema de lista negra, 8) Conceder a EL TRABAJADOR las licencias necesarias para el ejercicio del sufragio, para el desempeño de cargos oficiales transitorios de forzosa



Powered by CamScanner

aceptación, en caso de grave calamidad doméstica debidamente comprobada, cuando a ello hubiere lugar, o, para asistir a funerales de sus compañeros de trabajo, siempre que avise con la debida antelación a EL EMPLEADOR o a su representante y siempre que, en este último caso, el número de trabajadores que solicita el permiso no perjudique el normal funcionamiento de la obra.

**DECIMA PRIMERA. SEGURIDAD SOCIAL.-** De manera expresa, EL TRABAJADOR autoriza los descuentos de las sumas que legalmente le corresponden como cotización para las entidades de seguridad social.

**DECIMA SEGUNDA: PERÍODO DE PRUEBA:** Las partes manifiestan que el presente contrato tiene un período de prueba, cuya duración es equivalente a dos meses, contados desde la fecha de firma del presente contrato.

**DECIMA TERCERA:** Las partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas, en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre la empresa y sus trabajadores, en especial las obligaciones consignadas en los reglamentos de trabajo y de seguridad ocupacional de la empresa.

**DÉCIMA CUARTA.-DOMICILIO DE LAS PARTES.-** Para todos los efectos judiciales y extrajudiciales derivados del presente contrato, se reconocen los domicilios aportados por las partes junto a sus firmas, donde tendrán plena validez toda notificación.

**DÉCIMA QUINTA.-** Las partes manifiestan que reconocen validez a las estipulaciones convenidas en el presente contrato de trabajo, que es el único vigente entre ellas reemplazando y desconociendo cualquier otro verbal o escrito anterior. Para constancia se firma el presente contrato en la ciudad de Bogotá, el día 15-Noviembre-2023. en dos (2) ejemplares de idéntico tenor, uno con destino a cada una de las partes.

**JS CONSTRUCIVIL SAS**
**EL EMPLEADOR**

Uriel
**EL TRABAJADOR**
**c.c.** 80149132
**Dirección:** 21-41-B
22-B-42

CONSTRUCIVIL S.A.S



Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| JS CONSTRUCIVIL SAS | **INDUCCION A PERSONAL DE OBRA** | FT-SST 021<br>1/12/2022<br>JS CONSTRUCIVIL SAS |

## DATOS DEL PROYECTO

### DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS

Uriel Antonio Rodriguez Ramirez.

IDENTIFICACION: 80.140.432.

FECHA: 15-Noviembre-2023.

CARGO: Oficial

FIRMA: Uriel Rodriguez

### REGLAMENTO INTERNO

Horario de Entrada: 6:30 a 7:00am
Horario de Almuerzo: 12am a 1pm
Horarios de onces: 9:00 a 9:15 Y 3:00 a 3:15
El ingreso y la salida sera unicamente por la porteria autorizada.

### DEBERES DE LOS TRABAJADORES

Cuidado integral de su salud
Reportar los AT, actos y condiciones inseguras que puedan generarse en la obra.

Acatar las normas de seguridad dadas en el proyecto

Asistir a las capacitaciones del residente de SST de la empresa

### ELEMENTOS DE SEGURIDAD

Siempre se debe contar con los elementos de proteccion personal para ejecutar la labor
El uso del casco es obligatorio en todo momento
Se pronibe el uso de tennis o calzado en mal estado

Esta prohibido el uso de elementos debajo del casco.
No use sudaderas o camisetas esqueleto
El uso de elementos de proteccion personal es obligatorio de acuerdo a la actividad.
casco, barbuquejo, monogafas,careta, protector auditivo protector respitatorio, guantes, botas de seguridad y el
Equipo de proteccion contra caidas (arnes,eslinga,linea de vida y punto de anclaje).





### ORDEN Y ASEO

Mantenga en completo orden su area de trabajo
No almacene o acopie ni apile herramientas, equipos o materiales en zonas de circulacion o transito
No arroje basuras o elementos desde pisos superiores a zonas de nivel inferior puede causar un accidente grave
Recuerde que cada cosa tiene un lugar y hay un lugar para cada cosa.

Al terminar su jornada de trabajo asegurese de dejar recogidas todas sus herramientas y aseado el lugar.

Dirijase con respeto a las personas de la obra, al igual que a las personas que transitan en zonas aledañas a la obra.

## Normas Basicas de Seguridad

Por su seguridad NO se permite el consumo de licor o trabajar en estado de embriaguez. NO se permite el consumo de sustancias psicoactivas



NO corra dentro del proyecto, camine moderadamente.



Antes de iniciar su labor, solicite y organice los elementos de proteccion necesarios para realizar la activadad que va a ejecutar

Siempre que valla a ejecutar una actividad y tenga dudas pregunte. Identifique el riesgo o peligro y controlelo

Use la herramientas o equipos para la cual fueron diseñados. NO quite las guardas de seguridad

Por su seguridad No use joyas cuando este laborando (anillos, pulseras, aretes, percing) o elementos que puedan enrredarse o generarle lesiones.

Respete la señalizacion o las protecciones que se instalan en la obra, la presencia de estos elementos puede salvar muchas vidas.

Cada lugar de trabajo debe estar en orden y aseado

Acate las recomendaciones dadas por el residente de SST. Son para el cuidado de todos.

### NORMAS DE CONVIVENCIA LABORAL

Cuando use el baño dejelo como a usted le gustaria que se lo dejaran **(Limpio)**



No dañe o no se lleve los elementos de la griferia es para el bien de todos

No desperdicie el agua (cierre la llave), ni elementos de aseo
Comunique cualquier agrecion verbal o fisica al residente De SST.
Respete las areas de uso comun no arrojando basuras

### MEDIO AMBIENTE

Clasifique los residuos y desperdicios antes de depositarlos en la caneca
Humecte las zonas a limpiar, evite propagar material particulado
Cubra los materiales petreos con plástico o lona
Arroje la basura en los recipientes destinados para tal fin
Recuerde que debe cumplirse la GUIA AMBIENTAL PARA LA CONSTRUCCION, Esté atento a las directrices del Residente de seguridad y salud en el trabajo

### PLAN DE EMERGENCIA

Cuando ocurra un accidente dentro de la obra reportelo de manera inmediata al brigadista mas cercano y/o al Residente de SST

Conozca la ubicación del puesto de primeros auxilios, extintores, camilla y botiquin.
Identifique la ruta de evacuacion y el punto de encuentro,
Espere alli las indicaciones del Residente de SST, conserve la calma
Ayude a las personas que lo requieran en la salida

### RECUERDE SENOR TRABAJADOR

**Recuerde que el incumpliento a las normas aqui citadas y socializadas acarrean sanciones y llamados de atencion, se inicia verbal y se contunua con manera escrita, luego sancion 3 dias (depende la gravedad del incumplimiento) y por ultimo terminacion de contrato**

Powered by CamScanner

019

204

| | EVALUACIÓN INDUCCIÓN - REINDUCCION | FT-SST 022<br>1/12/2022<br>JS CONSTRUCIVIL SAS |
|---|---|---|

**IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

| FECHA INDUCCIÓN D | M | A | NOMBRE DEL TRABAJADOR: | CARGO: |
|---|---|---|---|---|
| 15 | 11 | 23 | Uriel Antonio Rodriguez | Oficial |

CEDULA CIUDADANÍA: 80.140.432 PROYECTO: Centro Cultural Chia Cundinamarca.

| No. | PREGUNTA MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | La empresa cuenta con un sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo. | X | |
| 2 | La Politica de **NO ALCOHOL, NO DROGAS,NO TABACO** busca mejorar la calidad de vida del trabajador por medio de la prevencion en su consumo. | X | |
| 3 |  Considera que la imagen que ve es una condicion insegura. | | X |
| 4 | Un acto inseguro es la violación por parte del trabajador de las normas que han sido establecidas como seguras en el desarrollo de las actividades en obra. | X | |
| 5 | Los elementos de proteccion personal son barreras que protegeran y disminuiran las consecuencias de un accidente de trabajo y prevendran una posible enfermedad laboral si hago buen uso de ellos. | X | |
| 6 |  .os EPP son los encargados de proteger los equipos y ayudar al trabajador a ser mas productivo. | X | |
| 7 | El principal objetivo del area de **SST** de **JS CONSTRUCIVIL SAS** es prevenir incidentes - accidentes laborales y posibles enfermedades laborales. | X | |
| 8 |  Considera que la imagen que ve es un acto inseguro. | | X |
| 9 | Los permisos de trabajo son los encargados de evitar caidas de diferentes alturas, por desempeño de las actividades en obra. | X | |
| 10 | Es accidente de trabajo cuando me ausento del área de trabajo por voluntad propia y me sucede algun evento no deseado como fracturas, heridas, etc. | | X |
| 11 | Como trabajador es mi obligacion reportar al departamento SST y/o jefe inmediato todos los actos y condiciones inseguras que esten presentes en mi puesto de trabajo, y en el entorno laboral. | X | |
| 12 | Cuando se presenta un incidente-accidente de trabajo en obra , debo reportarlo inmediatamente a los brigadistas o area SST | X | |
| 13 | Esta permitido el uso de telefonos celulares, audifonos y/o otros aparatos electronicos dentro de la obra. | | X |
| 14 | Cualquier trabajador **SIN EXPERIENCIA** puede operar los equipos y maquinarias del proyecto. | | X |

Powered by CamScanner

CONSTRUCIVIL S.A.S

## ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL

| FT-SST 025 |
|---|
| FECHA: 1/12/2022 |
| MES: Noviembre |

NOMBRE Y APELLIDO: Uriel Antonio Rodriguez Ramirez | CARGO: Oficial | CEDULA: 80.140.432.

| FECHA DE LA ENTREGA | NOMBRE DEL TRABAJADOR | CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA | | | | | | | | | | | MANOS | | | PIES | CUERPO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | CASCO DIELECTO | BARBUQUEJO | GAFAS DE SEGURIDAD TRANSPARENRE | GAFAS DE SEGURIDAD OSCURAS | MONOGAFAS | CARETA PARA PULIR | PROTECTOR DE INSERCIÓN | PROTECTOR AUDITIVO DE COPA | CHAVITO | TAPABOCAS | RESPIRADOR CON FILTRO | GUANTES CARNAZA CORTOS | GUANTES DE NITRILO | GUANTES DE CAUCHO | BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA | BOTA DIELECTRICA | CAMISA MANGA LARGA | JEANS INDUSTRIAL | DELANTAL IMPERMEABLE | TOTAL ELEMENTOS ENTREGADOS | Vo.Bo. AREA SST |
| 16-11-23. | Uriel Rodriguez | X | | | X | | | X | | | | | | X | X | | | | | | | Adriana Monsalve |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTALES DE EPP Y DOTACION ENTREGADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RESOLUCION 2413 DE 1979, ARTICULO 11 Nº 3 Los trabajadores están obligados especialmente a Usar correctamente los elementos de protección personales y demás dispositivos para la prevención, control de los riesgos profesionales y cuidar de su perfecto estado y conservación.
CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO ARTICULO 233. USO DEL CALZADO Y VESTIDO DE LABOR. <Artículo modificado por el artículo 10 de la Ley 11 de 1984. El nuevo texto es el siguiente:> El trabajador queda obligado a destinar a su uso en las labores contratadas el calzado y vestido que le suministre el empleador, y en el caso de que así no lo hiciere éste quedara exento de hacerle el suministro en el periodo siguiente.

ENTREGO: Adriana Monsalve | CARGO: SST | FIRMA: Adriana Monsalve

Powered by CamScanner

# ANEXO No.01

# DOCUMENTOS DE PERSONAL

## INDUSTRIAS_METALICAS_JSP

## (SUBCONTRASTITA_ESTRUCTURA_METALICA)

021

296

CIVITARQ

# FICHA DE INGRESO

La información que proporciones debe ser clara y veraz, es de carácter confidencial.

| | |
|---|---|
| **Nombre del Proyecto:** | Centro Cultural y Comunitario del Municipio de Chia |
| **Fecha:** | 20-11-2023 |

**CIVITARQ** ☐ **CONTRATISTA** ☒ **Cual?** JSP

| | PREGUNTAS | RESPUESTA |
|---|---|---|
| 1 | Nombre y apellidos completos | German Gomez Hernandez |
| 2 | Número de documento CC ☒ PPT ☐ | 91.258906 |
| 3 | Cargo: | Soldador. |
| 4 | RH: | O+. |
| 5 | Fecha de Nacimiento y edad | 22/11/1967 / 55. |
| 6 | Sexo | M |
| 7 | A que EPS esta afiliado/a | Nueva EPS. |
| 8 | A que ARL está afiliado/a | |
| 9 | A que FP está afiliado/a | Porvenir. |
| 10 | Direccion de Residencia: | Cra 68A#1-65 j |
| 11 | Barrio y/o Vereda en el que vives | la igualdad. |
| 12 | Ciudad: | Bogotá. |
| 13 | Número telefónico (celular) | 311 3007165 |
| 14 | Estado civil | UL. |
| 15 | Tiene hijos? Si/No? Cuantos? | 3 |
| 16 | Toma medicamentos si/no? Cual | NO |
| 17 | Es alergico? Si/No A que? | NO. |
| 18 | Grado de escolaridad | Bachiller. |
| 19 | Nombre de la persona en caso de emergencia | Olga Gomez. |
| 20 | Número del contacto en caso de emergencia | 311 3132806611 |
| 21 | Al enviar este formulario declaras de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que autorizas a CIVITARQ, como responsable del tratamiento de los datos que proporciones por medio de esta encuesta y, en tal virtud, podrá recolectar, almacenar, usar, transmitir, verificar, suministrar, actualizar y confirmar la información brindada por mí en la presente encuesta ante los entes administradores del Sistema de Seguridad Social Integral, entidades estatales y demás responsables. | Si acepto<br>FIRMA DEL TRABAJADOR |

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
91258906
GOMEZ HERNANDEZ
GERMAN


22-NOV-1961
RIONEGRO
(SANTANDER)
1.58
O+
M
02-SEP-1986 BUCARAMANGA

022
297

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

## CERTIFICA QUE:

**GERMAN GOMEZ HERNANDEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.258.906**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 18/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901609548 | **Cédula Usuario:** | CC 1001314670 |
| **Nombre:** | INDUSTRIA METALICA JSP S.A.S | | | | |
| **Dirección:** | KR 117 76 A 10 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | PE.SERGIOCAMIILO@GMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 3147222681 | | **Tarifa:** | 6.960 | |
| **Actividad Económica:** | 5241001 INDUSTRIAS BASICAS DE HIERRO Y DE ACERO, INCLUYE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS ALTOS HORNOS, HORNOS ELECTRICOS, CONVERTIDORES DE ACERO, COLADAS CONTINUAS, TALLERES Y/O TRENES DE LAMINADO Y DE ACABADO, BANCOS DE TREFILACION; LAS OPERACIONES DE CONVERSION POR REDUCCION DEL MINERAL DE HIERRO EN ALTOS HORNOS Y CONVERTIDORES DE OXIGENO; O DE ESCORIA O CHATARRA FERROSA EN HORNOS ELECTRICOS; O POR DIRECTA REDUCCION DEL MINERAL DE HIERRO SIN FUSION PARA OBTENER ACERO EN BRUTO; LA REFUNDICION DE LINGOTES DE CHATARRA, DE HIERRO O ACERO | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 1001314670 | SERGIO CAMILO PEÑA CASTELLANOS |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 61 | 19/11/2023 | CC 91258906 | GOMEZ HERNANDEZ GERMAN | 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.

MAS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

5166C43E7CFCA1EDA350D0571249488A Certificado impreso el día 11/18/2023 12:39:45 PM por el portal de empresas Edesk

023
298

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

# FORMULARIO VÍA WEB

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

| 1. TIPO DE TRÁMITE | 2. TIPO DE AFILIACIÓN | 3. RÉGIMEN |
|---|---|---|
| A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☑ | A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☑ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | C. Contributivo ☑ S. Subsidiado ☐ |

| 4. TIPO DE AFILIADO | 5. TIPO DE COTIZANTE | CÓDIGO | FECHA DE LA SOLICITUD |
|---|---|---|---|
| CO Cotizante ☑ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐ | A. Dependiente ☑ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | | DÍA MES AÑO |

A. AFILIACIÓN

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

| 6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO: GOMEZ | SEGUNDO APELLIDO: HERNANDEZ | PRIMER NOMBRE: GERMAN | SEGUNDO NOMBRE: |

| 7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 9. SEXO | 10. FECHA NACIMIENTO |
|---|---|---|---|
| RC TI ☑ CC CE PA CD SC | 91258906 | F ☑ | DÍA MES AÑO |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

| 11. ORIGEN ETNICO | 12. DISCAPACIDAD | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES |
|---|---|---|---|---|
| Código | Tipo F N M Condición T P | | | POSITIVA |

| 16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC | 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | ZONA | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO |
|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | 1,160,000 | Cr 68 A No 1-65 | U. ☑ R. ☐ | | |

| CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO IPS |
|---|---|---|---|---|---|
| BTA | BTA | | 3162239044 | german.gomez.hernandez@gmail.com | |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

| 19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |

| 20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO | CÓDIGO IPS |
|---|---|---|---|---|
| TI CC CE PA CD | | F M | DÍA MES AÑO | |

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

| | 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 26. NÚMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO F M | 28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO | 29. PARENTESCO | 30. ETNIA | 31. DISCAPACIDAD Tipo F N M | 31. DISCAPACIDAD Condición T P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | CN RC TI CC CE PA SC | | | | | | F N M | T P |
| 2 | | CN RC TI CC CE PA SC | | | | | | F N M | T P |
| 3 | | CN RC TI CC CE PA SC | | | | | | F N M | T P |
| 4 | | CN RC TI CC CE PA SC | | | | | | F N M | T P |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio. | Departamento | Zona | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS) | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) | NIVEL DE SISBÉN | GRUPO POBLACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | R. U. | | | | | I. II. | |
| 2 | | | R. U. | | | | | I. II. | |
| 3 | | | R. U. | | | | | I. II. | |
| 4 | | | R. U. | | | | | I. II. | |

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

| 35. Nombre o Razón Social | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número documento de identidad | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|---|
| INDUSTRIA METALICA JSP SAS | CC CE PA CD ☑ NI | 901.609.548 | | |

| 39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|---|---|
| | BTA | BTA | | | |

| FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL | CARGO | SALARIO |
|---|---|---|
| DÍA 18 MES 11 AÑO 2023 | SOLDADOR | 1,160,000 |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐ Código ☐
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO |
|---|---|---|---|
| RC TI CC CE PA CD SC | | F M | DÍA MES AÑO |

| 42. FECHA (a partir de) | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. MOTIVO DE TRASLADO Código | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES |
|---|---|---|---|
| DÍA MES AÑO | | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ ☐

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad ☐
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

## VIII. FIRMAS

| 54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| German Gomez | Ingrid Angel |

## IX. ANEXOS

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

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

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

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBEN | | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

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

nueva eps REGIONAL BOGOTÁ 1
INFORMACIÓN COMERCIAL
20 NOV 2023
C 2375
NOMBRE DE QUIEN RECIBE HORA

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

6007000 ENERO / 2016

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

81-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 280235 04/16

**ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO**

# FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

## Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, _____ identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. Otro: _____

número _____ de _____, certifico que:

| | |
|---|---|
| 1. He recibido la carta de derechos y deberes | SÍ☐ No☐ |
| 2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS | SÍ☐ No☐ |
| 3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes | SÍ☐ No☐ |
| 4. Leí el contenido de la carta de desempeño | SÍ☐ No☐ |
| 5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño | SÍ☐ No☐ |
| 6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño | SÍ☐ No☐ |
| 7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas | SÍ☐ No☐ |

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ☐ No☐

NUEVA REGIONAL BOGOTÁ 1
20 NOV 2023

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

## Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, hagá circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

## Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV**

| ACTIVIDAD ECONÓMICA | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | POSEE VIVIENDA PROPIA | SI ☐ NO ☐ | PRODUCTOR AGROPECUARIO | SI ☐ NO ☐ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | $ | | | | |

| Nivel de Escolaridad | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ninguno ☐ | Secundaria ☐ | Normalista ☐ | Profesional ☐ | Doctorado ☐ | Posición Ocupacional | Patrón/Empleador ☐ | Contratista ☐ | Trabaja por su Cuenta ☐ |
| | Preescolar ☐ | Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ | Técnica Profesional ☐ | Especialización ☐ | Último Grado | Inicio Contrato | | Fin Contrato | |
| | Básico Primaria ☐ | Media técnica (bachillerato básico) ☐ | Tecnológica ☐ | Maestría ☐ | Aprobado _____ | | | | |

**SEÑOR USUARIO:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 56 DECRETO 1406 DE 1999.

| SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero | Tipo de Identificación | NIT ☐ P.A. ☐ | C.C. ☐ T.I. ☐ | C.E. ☐ C.D. ☐ | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | DV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

| Nombre del GESTOR o PROMOTOR | CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR | Nombre DIRECTOR COMERCIAL | CÓDIGO DIRECTOR | Causal Inconsistencia y/o Observaciones | CIUDAD Y FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

024

299

# CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

| FECHA DE EXAMENES MEDICOS | TIPO DE EXAMEN MEDICO |
|---|---|
| 17/11/2023 | ☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular |

## DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: GERMAN — Apellidos: GOMEZ HERNANDEZ

Razón social: INDISTRIA METALICA JSP S.A.S — Celular: 3112920023

Dirección: CARRERA 68 A # 1-65 — C.C: 91.258.906 — G.S RH: O+



| Genero | Fecha de nacimiento | Edad en años: | EPS: NUEVA EPS | |
|---|---|---|---|---|
| Masculino☒ Femenino ☐ | 22/11/1967 | 55 | ARL: COLPATRIA | AFP: |

## INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

| Fecha ingreso a la empresa | Cargo: | Sección: | Antigüedad en el cargo |
|---|---|---|---|
| 17/11/2023 | OFICIAL DE ESTRUCTURA METALICA | CONSTRUCCION | no aplica para ingreso |

## CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría, hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

## CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. 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.

## CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

## RECOMENDACIONES

**Ocupacionales**
- ☐Capacitación según matriz de riego y peligros
- ☒Higiene postural
- ☒higiene biomédica integral
- ☒Pausas activas laborales
- ☒Uso de los EPP
- ☐Cultura de autocuidado

**Medicas**
- ☐Valoración por optometría
- ☐Valoración por medicina general EPS
- ☐Valoración por ARL
- ☐Valoración por medicina laboral
- ☐Valoración por nutricionista

**CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO**
- ☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

**Sistema de vigilancia epidemiológica**
- ☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
- ☐SVE Cardiovascular
- ☒SVE en salud visual
- ☒Corrección óptica permanente
- ☐SVE en salud respiratoria
- ☐SVE mecánico

**Hábitos y estilo de vida saludable**
- ☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
- ☒Énfasis en estiramientos integrales
- ☒Nutrición balanceada
- ☐Cesación de tabaquismo
- ☐reducción consumo de alcohol

**CONDICIONES DE SALUD** – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

Dr. Rafael A. Gómez C. Dr. Rafael A. Gómez C.
Médico Cirujano
R.M. 2052-97
Especialista En Salud Ocupacional
L.S.O. 2607 DE 2018
X
DR. Rafael Alberto Gomes Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución **1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La** custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

# *CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ*

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 314 425 37 12 – 3108136250 EMAIL –RAFAGOMEZ40@HOTMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

| FECHA DE EXAMENES MEDICOS | TIPO DE EXAMEN MEDICO |
|---|---|
| 17/11/2023 | ☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular |

## DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: GERMAN | Apellidos: GOMEZ HERNANDEZ

Razón social: **INDISTRIA METALICA JSP S.A.S** | Celular: 3112920023



Dirección: CARRERA 68 A # 1-65 | C.C: 91.258.906 | G.S RH: O+

| Genero | Fecha de nacimiento | Edad en años: | EPS: NUEVA EPS | |
|---|---|---|---|---|
| **Masculino☒ Femenino ☐** | 22/11/1967 | 55 | ARL: COLPATRIA | AFP: |

## INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

| Fecha ingreso a la empresa | Cargo: | Sección: | Antigüedad en el cargo |
|---|---|---|---|
| 17/11/2023 | OFICIAL DE ESTRUCTURA METALICA | CONSTRUCCION | no aplica para ingreso |

## CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMEN REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral, visiometría, audiometría, hemograma, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, glicemia, espirometría.

## CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. 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.

## CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☑ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

## RECOMENDACIONES

**Ocupacionales**
- ☐Capacitación según matriz de riego y peligros
- ☒Higiene postural
- ☒higiene biomédica integral
- ☒Pausas activas laborales
- ☒Uso de los EPP
- ☐Cultura de autocuidado

**Medicas**
- ☐Valoración por optometría
- ☐Valoración por medicina general EPS
- ☐Valoración por ARL
- ☐Valoración por medicina laboral
- ☐Valoración por nutricionista

**CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO**
- ☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

**Sistema de vigilancia epidemiológica**
- ☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
- ☐SVE Cardiovascular
- ☒SVE en salud visual
- ☒Corrección óptica permanente
- ☐SVE en salud respiratoria
- ☐SVE mecánico

**Hábitos y estilo de vida saludable**
- ☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
- ☒Énfasis en estiramientos integrales
- ☒Nutrición balanceada
- ☐Cesación de tabaquismo
- ☐reducción consumo de alcohol

**CONDICIONES DE SALUD** – CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO.**

X
Dr. Rafael A. Gómez C. Dr. Rafael A. Gómez C.
Médico y Cirujano Especialista En Salud Ocupacional
R.M. 2052-97 L.S.O. 2607 DE 2018
DR. Rafael Alberto Gomes Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución **1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La** custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

025

300

Industria Metálica JSP S.A.S.

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO**
**POR OBRA O LABOR CONTRATADA.**

Las partes, que suscribimos el presente Contrato de Trabajo acordamos que solo será su duración por LA OBRA O LABOR CONTRATADA, lo hacemos fundamentados en la Buena Fe, y en especial en el respeto a los principios del Derecho de Trabajo.

Este marco será el que rija el presente Contrato de Trabajo, a más de las siguientes cláusulas contractuales y en lo no previsto en ellas, por las normas contenidas en el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social, en el Reglamento Interno de Trabajo, y demás normas y procedimientos que lo complementan, aclaran o modifican.

**LUGAR DONDE DESEMPEÑARÁ SUS FUNCIONES:** obra contratada en la ciudad de Chía y sociedad con domicilio en la Carrera 117 # 76 A - 10 de la ciudad de Bogotá DC., donde se desarrollara el objeto de este contrato de obra o labor y según instrucciones impartidas por **INDUSTRIA METALICA JSP SAS** (para efectos del presente contrato se llamará **DOMICILIO DE LA OBRA CONTRATADA**)

Entre la sociedad **INDUSTRIA METALICA JSP SAS,** Identificada con número de **NIT. 901.609.548 - 8** representada legalmente por el señor **SERGIO CAMILO PEÑA CASTELLANOS** identificado con Cédula de Ciudadanía número **1.001.314.670**, quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR** y **GERMAN GÓMEZ HERNÁNDEZ,** identificado con Cédula de Ciudadanía número **91.258.906,** quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL TRABAJADOR**, se ha decidido celebrar el presente contrato individual de trabajo y su duración será por la obra o labor CONTRATADA, además lo rigen las siguientes:

**CLÁUSULAS:**

**PRIMERA - PRESTACIÓN PERSONAL DEL SERVICIO Y CARGO: El EMPLEADOR** contrata los servicios personales del **TRABAJADOR** para desempeñar en forma exclusiva el cargo de **OFICIAL - SOLDADOR**, así como la ejecución de las tareas ordinarias y anexas al mencionado puesto de trabajo, las funciones y procedimientos establecidos para este, observando en su cumplimiento, la diligencia, honestidad, eficacia y el cuidado necesarios. Sin que dichos cambios de oficios o cargos implique una desmejora o cambio de sus condiciones y obligaciones laborales.

**SEGÚNDA - SUBORDINACIÓN LABORAL: EL TRABAJADOR** prestará sus servicios personales en la ciudad de Medellín, pero acepta realizar las labores, actividades o tareas que le señale **LA EMPRESA**, en otro lugar donde sea promovido o trasladado, en cualquier momento, reservándose además **LA EMPRESA**, la facultad de modificar turnos, horarios de trabajo, áreas, secciones o actividad a realizar cuando lo estime conveniente, sin desmejorarlo en su remuneración, y demás condiciones laborales.

**TERCERA - REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR** pagará al **TRABAJADOR** por la prestación de sus servicios la suma de **UN MILLÓN CIENTO SESENTA MIL PESOS MCTE ($1.160.000)**; el periodo de pagos se hará quincenal Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

**CUARTA - JORNADA LABORAL. EL TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señalados por **EL EMPLEADOR**, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. Así mismo el empleador y el trabajador podrán acordar que la jornada semanal de cuarenta y ocho (48) horas se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo seis (6) días a la semana con un (1) día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo. En éste, el número de horas de trabajo diario podrá repartirse de manera variable durante la respectiva semana y podrá ser de mínimo cuatro (4) horas continuas y hasta diez (10) horas diarias sin lugar a ningún recargo por trabajo suplementario, cuando el número de horas de trabajo no exceda el promedio de cuarenta y ocho (48) horas semanales dentro de la jornada ordinaria de 6 am. a 10 pm.

**QUINTA - VIGENCIA Y DURACIÓN.** El presente contrato se entiende tendrá una duración por el tiempo pactado para el ejercicio de LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

**PARÁGRAFO. PERÍODO DE PRUEBA.** Los primeros dos meses del presente contrato de trabajo serán considerados como período de prueba, por lo tanto, durante este período, el contrato puede darse por terminado unilateralmente por cualquiera de las partes en cualquier momento, sin previo aviso y sin indemnización alguna.

**SEXTA. OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR:** En relación con la actividad propia del **TRABAJADOR**, éste la ejecutará dentro de las siguientes modalidades que implican claras obligaciones para el mismo trabajador así:

**OBLIGACIONES: El TRABAJADOR** deberá cumplir con las siguientes obligaciones: a) Colocar al servicio del EMPLEADOR su capacidad normal de trabajo, de manera exclusiva en el desempeño de las funciones encomendadas y en las labores conexas, según órdenes e instrucciones del empleador o sus representantes. b) Trabajar durante la vigencia del presente contrato única y exclusivamente al servicio del EMPLEADOR. c) Cumplir con la jornada de trabajo dentro de los turnos y horario señalado por el EMPLEADOR. d) Las demás consagradas en el artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo.

**SÉPTIMA. PROHIBICIONES DEL TRABAJADOR:** Además de las prohibiciones de orden legal y reglamentario, las partes estipulan las siguientes prohibiciones especiales al **TRABAJADOR**:

Se dará por terminado EL CONTRATO unilateralmente y por Justa Causa, por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 62 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad) y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

**OCTAVA - CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR PARTE DEL EMPLEADOR:** Constituyen justas causas para dar por terminado el contrato de trabajo por parte del EMPLEADOR, las estipuladas en el Código Sustantivo de Trabajo, en las disposiciones que sobre la materia se dicten en el futuro, en el Reglamento Interno de Trabajo, en el Contrato de Trabajo, además de las siguientes:

AVISO DE TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO: Cualquiera de las partes podrán dar por terminado el contrato sin previo aviso a la otra.

**NOVENA - CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR PARTE DEL TRABAJADOR**: Sin perjuicio de lo establecido en la ley, en el Reglamento Interno de Trabajo, **EL TRABAJADOR** puede dar por terminado por justa causa la relación contractual con su empleador por las causas previstas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965 ordinal B. Así mismo podrá darlo por terminado en forma unilateral de acuerdo a lo establecido en la ley 789 de 2002 artículo 28 y en la ley 50 de 1990 artículo 5 numeral 1 ordinal c y cuando así lo estime conveniente **EL TRABAJADOR** por renuncia presentada en cualquier momento, sin que hubiere lugar a indemnización alguna.

**DECIMA:** Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación DEL EMPLEADOR afiliar a la trabajadora a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

**DÉCIMA PRIMERA** - Para constancia se firma el presente contrato en dos ejemplares, uno para EL EMPLEADOR y otro para EL TRABAJADOR, en la ciudad de Bogotá, el día dieciocho 18) de Noviembre de 2023.

**FIRMA REPRESETANTE LEGAL**
SERGIO CAMILO PEÑA CASTELLANOS
C.C. 1001314670
Representante Legal.
**INDUSTRIA METALICA JSP SAS.**
**EL EMPLEADOR.**
**NIT. 901609548-8**

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**GERMAN GÓMEZ HERNÁNDEZ**
C.C. 91.258.906

026
301

| | FORMATO PARA LA ASIGNACION DE ELEMENTOS DE TRABAJO | FTO-ASIG-ET-SST |
|---|---|---|
| | | Dic-15-2021 |
| | | Versión: 01 |

| QUIEN RECIBE | GERMAN GOMEZ HERNANDEZ | No. CEDULA | 91258906 | CENTRO CULTURAL Y COMUNITARIO DEL MUNICIPIO DE CHIA |
|---|---|---|---|---|

**CONTENIDO** Incluir la dotación, elementos de protección personal, equipo de seguridad detallando cada uno de los elementos entregados, elementos de identificación
**FIRMA DE RECIBIDO** La firma de recibido del artículo por parte del trabajador hace constar que lo entregado se encuentra conforme para cumplir con su función
**REEMPLAZO DE ELEMENTOS** Registrar las entregas de elementos reemplazados, marcando el campo CAMBIO y registrando la razón en JUSTIFICACIÓN CAMBIO

| No. | FECHA DE ENTREGA | ARTICULO | CANTIDAD ENTREGADA | QUIEN ENTREGA | | QUIEN RECIBE | | JUSTIFICACIÓN CAMBIO SI LO HAY | GLOSARIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | NOMBRE | FIRMA | CARGO / CTO | FIRMA | | |
| 1 | 15/11/23 | BOTAS DE SEGURIDAD | 1 | DIANA CORTES | Diana Cortes Ch | SOLDADOR | | | |
| 2 | 15/11/23 | OVEROL PANTALON Y CHAQUETA | 1 | DIANA CORTES | Diana Cortes Ch | SOLDADOR | | | |
| 3 | 15/11/23 | GAFAS | 1 | DIANA CORTES | Diana Cortes Ch | SOLDADOR | | | |
| 4 | 15/11/23 | CASCO | 1 | DIANA CORTES | Diana Cortes Ch | SOLDADOR | | | |
| 5 | 15/11/23 | PROTECTORES AUDITIVOS | 1 | DIANA CORTES | Diana Cortes Ch | SOLDADOR | | | |
| 6 | 15/11/23 | GUANTES | 1 | DIANA CORTES | Diana Cortes Ch | SOLDADOR | | | |
| 7 | 15/11/23 | CARETA | 1 | DIANA CORTES | Diana Cortes Ch | SOLDADOR | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |

**EPP**
1. Casco Dielectrico (Amarillo).
2. Protector Visual (Gafas)
3. Guantes de vaqueta reforzado tipo ingeniero
4. Protectores auditivos

**EQUIPOS DE ALTURAS**
1. Arnés dielectrico de seguridad.
2. Eslinga de posicionamiento.
3. Conector de anclaje o Tie off de seguridad
4. Mosqueton

**DOTACION**
1. Botas de seguridad
2. Camisa manga larga

302
027

CIVITARQ

# FICHA DE INGRESO

La información que proporciones debe ser clara y veraz, es de carácter confidencial.

| | |
|---|---|
| **Nombre del Proyecto:** | Centro Cultural y Comunitario del Municipio de Chía |
| **Fecha:** | 20-11-2023 |

**CIVITARQ** ☐ **CONTRATISTA** ☒ **Cual?** JSP

| | PREGUNTAS | RESPUESTA |
|---|---|---|
| 1 | Nombre y apellidos completos | Oscar Moreno León. |
| 2 | Número de documento CC ☒ PPT ☐ | 3159506. |
| 3 | Cargo: | Soldador |
| 4 | RH: | O+ |
| 5 | Fecha de Nacimiento y edad | 29-10-1981. edad 42 |
| 6 | Sexo | Masculino |
| 7 | A que EPS esta afiliado/a | Famisanar |
| 8 | A que ARL está afiliado/a | |
| 9 | A que FP está afiliado/a | Proteccion |
| 10 | Direccion de Residencia: | Cra 8 Bis. 7-09 |
| 11 | Barrio y/o Vereda en el que vives | Funza C/P |
| 12 | Ciudad: | Funza |
| 13 | Número telefónico (celular) | 312 287 0175 |
| 14 | Estado civil | Union libre |
| 15 | Tiene hijos? Si/No? Cuantos? | 2 hijos |
| 16 | Toma medicamentos si/no? Cual | No |
| 17 | Es alergico? Si/No A que? | No |
| 18 | Grado de escolaridad | Tecnico |
| 19 | Nombre de la persona en caso de emergencia | liliana estrada Fernades |
| 20 | Número del contacto en caso de emergencia | 3124437765 |
| 21 | Al enviar este formulario declaras de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que autorizas a CIVITARQ, como responsable del tratamiento de los datos que proporciones por medio de esta encuesta y, en tal virtud, podrá recolectar, almacenar, usar, transmitir, verificar, suministrar, actualizar y confirmar la información brindada por mí en la presente encuesta ante los entes administradores del Sistema de Seguridad Social Integral, entidades estatales y demás responsables. | Oscar Moreno León<br>SI acepto<br>FIRMA DEL TRABAJADOR |

Powered by CamScanner

322 287 0176

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3159506

MORENO LEON
APELLIDOS

OSCAR HELITSON
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1981
SAN FRANCISCO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

06-MAR-2000 SAN FRANCISCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P 1522900 7809574 M 0003151509-200010 11583 00293A 02 084714501

303
028

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901609548 | **Cédula Usuario:** | CC 1001314670 |
| **Nombre:** | INDUSTRIA METALICA JSP S.A.S | | | | |
| **Dirección:** | KR 117 76 A 10 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | PE.SERGIOCAMIILO@GMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 3147222681 | | **Tarifa:** | 6.960 | |
| **Actividad Económica:** | 5241001 INDUSTRIAS BASICAS DE HIERRO Y DE ACERO, INCLUYE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS ALTOS HORNOS, HORNOS ELECTRICOS, CONVERTIDORES DE ACERO, COLADAS CONTINUAS, TALLERES Y/O TRENES DE LAMINADO Y DE ACABADO, BANCOS DE TREFILACION; LAS OPERACIONES DE CONVERSION POR REDUCCION DEL MINERAL DE HIERRO EN ALTOS HORNOS Y CONVERTIDORES DE OXIGENO; O DE ESCORIA O CHATARRA FERROSA EN HORNOS ELECTRICOS; O POR DIRECTA REDUCCION DEL MINERAL DE HIERRO SIN FUSION PARA OBTENER ACERO EN BRUTO; LA REFUNDICION DE LINGOTES DE CHATARRA, DE HIERRO O ACERO | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 1001314670 | SERGIO CAMILO PEÑA CASTELLANOS |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 60 | 17/11/2023 | CC 3159506 | MORENO LEON OSCAR | 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.

M_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

70057F3F1EEC6E4CBFF88D6C8D0C8189 Certificado impreso el día 11/16/2023 2:35:38 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111170**, en Bogotá **(601) 330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**OSCAR HELITSON**
**MORENO LEON**
3159506
**INDUSTRIA METALICA JSP S.A.S**
901609548

Este carné es personal e intransferible

304
029

compensar

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
## CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
## NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 16 de Noviembre de 2.023

### A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad de TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| Tipo de Identificación | : CC |
| No. de Identificación | : 3159506 |
| Nombre | : OSCAR HELITSON MORENO LEON |
| Empresa/Contratante | : INDUSTRIA METALICA JSP S.A.S |
| Tipo Identificación Empresa | : NT |
| No. Identificación Empresa | : 901609548 |
| Fecha de Afiliación a CCF | : 2023/11/16 |
| Fecha de Ingreso a la empresa | : 2023/11/17 |
| Estado | : Afiliado |
| Categoría | : A |

Con los siguientes beneficiarios inscritos:

| Nombre | Identificación | Parentesco | Categoría | Recibe Subsidio | Valor Subsidio | Ult.Subsidio Recibido | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LAURA SOFIA MORENO ESTRADA | 1014871735 | HI | A | SI | 48.100,00 | 202309 | AF |
| LUIS ALEJANDRO MORENO ESTRADA | 1074345976 | HI | A | SI | 48.100,00 | 202309 | AF |

La presente certificación se expide con destino a NA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

**GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL**
Elaboró:Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14
IQNet
FOR-PGIE-0044
VIGILADO SuperSubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

• • • • • • • • • • •

9010582434

No. de Radicación: 27060519

Fecha de Radicación: 17 11 2023 (D D M M A A A A)

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

| 6. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| | MORENO | LEON | OSCAR | HELITSON |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 3159506 | Femenino [ ] Masculino [X] | 29 10 1981 (D D M M A A A A) |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P) | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | |
| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona: Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad / Comuna | Departamento |

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

| 19. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A |

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

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

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| INDUSTRIA METALICA JSP SAS | NT | 901609548 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CR 117 76A 10 | 7222681 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo (Femenino / Masculino) | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha novedad (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 17 11 2023 |

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | CARGO: SOLDADOR |

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

# LA REPUBLICA DE COLOMBIA

## EN SU NOMBRE

## EL INSTITUTO TECNICO DE FORMACION PARA EL TRABAJO NIT: 901.1

CONSOLMECI
FORMANDO Y EVALUANDO
EL TALENTO HUMANO
BARRANCABERMEJA. S/S

Autorizado según resolución No 0721/2018 por la secretaria de educación de Barrancabermeja
En cumplimiento de la Clasificación Nacional de Ocupaciones Colombiana, el Código API, ASME, AWS D1.1, las normas de competencia Laboral del SENA - CONSOLMECI califica el talento humano de los operarios nivel C3 Y C4.

**CERTIFICA QUE**

## OSCAR HELITSON MORENO LEON

CON CEDULA DE CIUDADANÍA # 3159506 DE SAN FRANCISCO
Asistió y aprobó la: Evaluación, Calificación y Homologación como:

## SOLDAR PRODUCTOS METÁLICOS (PLATINAS Y ESTRUCTURAS) POR ARCO ELÉCTRICO CON ELECTRODO REVESTIDO (SMAW). SEGÚN PROCEDIMIENTO DE FABRICACIÓN.

CONSOLMECI
FORMANDO Y EVALUANDO
EL TALENTO HUMANO
BARRANCABERMEJA. S/S

## CODIGO DE LA NORMA SENA: 290202007

Cumpliendo con los requisitos exigidos por el INSTITUTO CONSOLMECI, en las pruebas de Conocimiento, Desempeño y Producto, este certificado es equivalente a 96 horas de formación
Dos créditos en la norma 290202014 para acceder al título de técnico laboral por competencias soldador para la industria petrolera
FECHA DE EXPEDICION: septiembre 10 del año 2022
Esta calificación es válida hasta el día 10 de septiembre del año 2025

Código: 00336

Diego Andrés Carvajal López
Director General

Carrera 44 N°52-17 B. El Progreso Tel:6124607 – Cel 310 789 0238 Barrancabermeja
E-Mail: Agobardo.01@hotmail.com – Validación de Certificados www.consolmeci.com/cedula.php

CCP SAS

TRABAJO EN ALTURA

Autorizados por el Min. de Trabajo con el radicado No. 08SE2019220000000047411 expedido el 13-11-2019, en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 y la certificado por BVQI Bajo la norma NTC 6072:2014 bajo el certificado No. CO19.02200 del 14-08-2019. ACREDITADO ONAC 09-CPR-008.

**Hace Constar que:**

# OSCAR HELITSON MORENO LEON

Cedula de Ciudadanía N 3159506

Perteneciente a la Empresa: INDUSTRIA METALICA JSP SAS con NIT: 901609548-8, cuyo representante legal es el señor (a) SERGIO CAMILO PEÑA CASTELLANOS C.C. 1001314670 /Afiliado a la ARL POSITIVA

**Certificado de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Altura:**

## ROL TRABAJADOR AUTORIZADO

**CON UNA INTENSIDAD DE (32) HORAS**

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los (25) días del mes de octubre de (2022)

JOHANNA MARCELA ALCOCER RENTERIA
Entrenadora trabajo seguro en alturas
LICENCIA EN S.O. No 2997 del 14 de marzo de 2017
de la secretaria Distrital de salud de Bogotá

JOSE SOLANO ROJAS.
Representante legal CCP TRABAJO EN ALTURA SAS
LICENCIA EN S.O. No. 3962 del 07/04/2017 de la
secretaria Distrital de salud de Bogotá

TA-1308-25/10/2022
CÓDGO FECHA

**Calle 128bis No.93D-21- Tel. 311 498 10 95- 310 303 37 80 - (1) 942 3735 – ccptrabajoenalturas@gmail.com-Bogotá D.C.**

**Nota: Para verificar la validez del certificado ingresa a: www.ccpalturassas.com Menú-Consultar Certificados**

306
031

**SIGMA OCUPACIONAL SAS**
NIT : 901102991-0
LSST Resol. 1220-54 No. 3595 de 21/12/2021

Cra 32A # 24-77 B/Alvernia, Tuluá - Valle del Cauca
Teléfono : 3206039168 - 2343555
sigmaocupacional@gmail.com

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

| Fecha Emisión | Realizado en | | | Tipo Evaluación - Énfasis | | Orden Servicio No. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2022-11-03 | TULUÁ (Valle del Cauca) | | | Pre-Ingreso, Trabajo en Alturas, Osteomuscular | | 752129 |
| Nombres y Apellidos | | | | Identificación | | Sexo |
| OSCAR HELITSON MORENO LEON | | | | CC 3159506 | | Masculino |
| Fecha Nacimiento | Edad | Tipo Sangre - Rh * | Peso | Talla | Índice Masa Corporal | |
| 1981-10-29 | 41 años | O+ | 86 kilogramos | 174 centimetros | 28.41 | |
| Dirección Residencia | | | | Teléfonos | | |
| CARRERA 8 BIS 7 08 | | | | 3222870176 | | |
| Cargo a desempeñar | | Empresa Contratante | | Empresa Usuaria | | |
| OFICIAL SOLDADOR | | NIT 901609548-8 INDUSTRIA METALICA JSP S.A.S | | SENA | | |



*(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario*

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2022-11-03. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Optometria Ocupacional (Manual) (2022-11-03), Audiometria Ocupacional (2022-11-03), Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2022-11-03), Colesterol De Baja Densidad [Ldl] Enzimático (2022-11-03), Colesterol Total (2022-11-03), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2022-11-03), Triglicéridos (2022-11-03)

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**Pre-Ingreso:** Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador y los requerimientos del perfil del cargo.
**Trabajo en Alturas:** Con recomendaciones médicas para desempeñar la tarea
**Osteomuscular:** Sin patologia osteomuscular aparente

## RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- **Control Médico en** 00 meses..
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Visual, Auditivo, Respiratorio, Biomecánico.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General, Nutrición y dietética, Ortopedia. ..

**Otras Recomendaciones:** APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES, APTO TRABAJO SEGURO ALTURAS

*Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.*

Firma Especialista
**Dr. Jorge Eduardo Pulido**
Registro No.: 15356
LSST.: 0301

O Scar Moreno

Firma del Usuario
**OSCAR HELITSON MORENO LEON**
CC.: 3159506

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/ylijrxd0-ner8-arx5-e3u5-7apoqem36kg2
*Fecha Impresión: 2022-11-03 12:32:46 285868*



Powered by CamScanner

# RECOMENDACIONES MÉDICAS

| Fecha Emisión | Realizado en | Tipo Evaluación - Énfasis | Orden Servicio No. |
|---|---|---|---|
| 2022-11-03 | TULUÁ (Valle del Cauca) | Pre-Ingreso, Trabajo en Alturas, Osteomuscular | 752129 |



| Nombres y Apellidos | Identificación | Sexo |
|---|---|---|
| OSCAR HELITSON MORENO LEON | CC 3159506 | Masculino |

| Fecha Nacimiento | Edad | Tipo Sangre - Rh * | Peso | Talla | Índice Masa Corporal |
|---|---|---|---|---|---|
| 1981-10-29 | 41 años | O+ | 86 kilogramos | 174 centimetros | 28.41 |

| EPS | ARL | AFP |
|---|---|---|
| Famisanar | - No Tiene - | Protección |

| Cargo a desempeñar | Empresa Contratante | Empresa Usuaria |
|---|---|---|
| OFICIAL SOLDADOR | NIT 901609548-8 INDUSTRIA METALICA JSP S.A.S | SENA |

*(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario*

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el dia 2022-11-03, el médico especialista Dr. Jorge Eduardo Pulido generó las siguientes recomendaciones médicas:

## RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al dia.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Bajar de peso.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control visual anual.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General, Nutrición y dietética, Ortopedia. ..

## RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

**Otras Recomendaciones:** ESTILOS DE VIDA SALUDABLE -USO DE EPP

La empresa **SENA** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST
**SENA**

Firma del Usuario
**OSCAR HELITSON MORENO LEON**
CC.: 3159506
Fecha de recibido:



Powered by CamScanner

Industria Metálica JSP S.A.S.

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO**
**POR OBRA O LABOR CONTRATADA.**

Las partes, que suscribimos el presente Contrato de Trabajo acordamos que solo será su duración por LA OBRA O LABOR CONTRATADA, lo hacemos fundamentados en la Buena Fe, y en especial en el respeto a los principios del Derecho de Trabajo.

Este marco será el que rija el presente Contrato de Trabajo, a más de las siguientes cláusulas contractuales y en lo no previsto en ellas, por las normas contenidas en el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social, en el Reglamento Interno de Trabajo, y demás normas y procedimientos que lo complementan, aclaran o modifican.

**LUGAR DONDE DESEMPEÑARÁ SUS FUNCIONES:** obra contratada en la ciudad de Medellín y sociedad con domicilio en la Carrera 117 # 76 A - 10 de la ciudad de Bogotá DC., donde se desarrollara el objeto de este contrato de obra o labor y según instrucciones impartidas por **INDUSTRIA METALICA JSP SAS** (para efectos del presente contrato se llamará **DOMICILIO DE LA OBRA CONTRATADA**)

Entre la sociedad **INDUSTRIA METALICA JSP SAS,** Identificada con número de **NIT. 901.609.548 - 8** representada legalmente por el señor **SERGIO CAMILO PEÑA CASTELLANOS** identificado con Cédula de Ciudadanía número **1.001.314.670**, quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR** y **OSCAR HELITSON MORENO LEON,** identificado con Cédula de Ciudadanía número **3.159.506,** quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL TRABAJADOR**, se ha decidido celebrar el presente contrato individual de trabajo y su duración será por la obra o labor CONTRATADA, además lo rigen las siguientes:

**CLÁUSULAS:**

**PRIMERA - PRESTACIÓN PERSONAL DEL SERVICIO Y CARGO: El EMPLEADOR** contrata los servicios personales del **TRABAJADOR** para desempeñar en forma exclusiva el cargo de **OFICIAL - SOLDADOR**, así como la ejecución de las tareas ordinarias y anexas al mencionado puesto de trabajo, las funciones y procedimientos establecidos para este, observando en su cumplimiento, la diligencia, honestidad, eficacia y el cuidado necesarios. Sin que dichos cambios de oficios o cargos implique una desmejora o cambio de sus condiciones y obligaciones laborales.

**SEGÚNDA - SUBORDINACIÓN LABORAL: EL TRABAJADOR** prestará sus servicios personales en la ciudad de Medellín, pero acepta realizar las labores, actividades o tareas que le señale **LA EMPRESA,** en otro lugar donde sea promovido o trasladado, en cualquier momento, reservándose además **LA EMPRESA,** la facultad de modificar turnos, horarios de trabajo, áreas, secciones o actividad a realizar cuando lo estime conveniente, sin desmejorarlo en su remuneración, y demás condiciones laborales.

**TERCERA - REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR** pagará al **TRABAJADOR** por la prestación de sus servicios la suma de **UN MILLÓN DE PESOS MCTE ($1.000.000)**; el periodo de pagos se hará quincenal Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del titulo VII del Código Sustantivo del Trabajo.

**CUARTA - JORNADA LABORAL. EL TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señalados por **EL EMPLEADOR**, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. Así mismo el empleador y el trabajador podrán acordar que la jornada semanal de cuarenta y ocho (48) horas se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo seis (6) días a la semana con un (1) día de descanso obligatorio, que podrá coincidir con el domingo. En éste, el número de horas de trabajo diario podrá repartirse de manera variable durante la respectiva semana y podrá ser de mínimo cuatro (4) horas continuas y hasta diez (10) horas diarias sin lugar a ningún recargo por trabajo suplementario, cuando el número de horas de trabajo no exceda el promedio de cuarenta y ocho (48) horas semanales dentro de la jornada ordinaria de 6 am. a 10 pm.

**QUINTA - VIGENCIA Y DURACIÓN.** El presente contrato se entiende tendrá una duración por el tiempo pactado para el ejercicio de LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

**PARÁGRAFO. PERÍODO DE PRUEBA.** Los primeros dos meses del presente contrato de trabajo serán considerados como período de prueba, por lo tanto, durante este período, el contrato puede darse por terminado unilateralmente por cualquiera de las partes en cualquier momento, sin previo aviso y sin indemnización alguna.



Powered by CamScanner

**SEXTA. OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR:** En relación con la actividad propia del **TRABAJADOR**, éste la ejecutará dentro de las siguientes modalidades que implican claras obligaciones para el mismo trabajador así:

**OBLIGACIONES: El TRABAJADOR** deberá cumplir con las siguientes obligaciones: a) Colocar al servicio del EMPLEADOR su capacidad normal de trabajo, de manera exclusiva en el desempeño de las funciones encomendadas y en las labores conexas, según órdenes e instrucciones del empleador o sus representantes. b) Trabajar durante la vigencia del presente contrato única y exclusivamente al servicio del EMPLEADOR. c) Cumplir con la jornada de trabajo dentro de los turnos y horario señalado por el EMPLEADOR. d) Las demás consagradas en el artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo.

**SÉPTIMA. PROHIBICIONES DEL TRABAJADOR:** Además de las prohibiciones de orden legal y reglamentario, las partes estipulan las siguientes prohibiciones especiales al **TRABAJADOR**:

Se dará por terminado EL CONTRATO unilateralmente y por Justa Causa, por cualquiera de las partes, el incumplimiento a las obligaciones y prohibiciones que se expresan en los artículos 62 y siguientes del Código sustantivo del Trabajo. Además del incumplimiento o violación a las normas establecidas en el (Reglamento Interno de Trabajo, Higiene y de Seguridad) y las previamente establecidas por el empleador o sus representantes.

**OCTAVA - CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR PARTE DEL EMPLEADOR:** Constituyen justas causas para dar por terminado el contrato de trabajo por parte del EMPLEADOR, las estipuladas en el Código Sustantivo de Trabajo, en las disposiciones que sobre la materia se dicten en el futuro, en el Reglamento Interno de Trabajo, en el Contrato de Trabajo, además de las siguientes:

AVISO DE TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO: Cualquiera de las partes podrán dar por terminado el contrato sin previo aviso a la otra.

**NOVENA - CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR PARTE DEL TRABAJADOR:** Sin perjuicio de lo establecido en la ley, en el Reglamento Interno de Trabajo, **EL TRABAJADOR** puede dar por terminado por justa causa la relación contractual con su empleador por las causas previstas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965 ordinal B. Así mismo podrá darlo por terminado en forma unilateral de acuerdo a lo establecido en la ley 789 de 2002 artículo 28 y en la ley 50 de 1990 artículo 5 numeral 1 ordinal c y cuando así lo estime conveniente **EL TRABAJADOR** por renuncia presentada en cualquier momento, sin que hubiere lugar a indemnización alguna.

**DECIMA:** Afiliación y pago a seguridad social. Es obligación DEL EMPLEADOR afiliar a la trabajadora a la seguridad social como es salud, pensión y riesgos profesionales, autorizando el trabajador el descuento en su salario, los valores que le corresponda aportan, en la proporción establecida por la ley.

**DÉCIMA PRIMERA** - Para constancia se firma el presente contrato en dos ejemplares, uno para EL EMPLEADOR y otro para EL TRABAJADOR, en la ciudad de Bogotá, el día veintiún (21) de octubre de 2022.

**FIRMA REPRESETANTE LEGAL**
SERGIO CAMILO PEÑA CASTELLANOS
C.C. 1001314670
Representante Legal.
**INDUSTRIA METALICA JSP SAS.**
**EL EMPLEADOR.**
**NIT. 901609548-8**

**FIRMA DEL TRABAJADOR**
**OSCAR HELITSON MORENO LEON**
C.C. 3.159.506



Powered by CamScanner

~~933~~
308

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MORENO LEON OSCAR HELITSON** identificado(a) con **CC** número **3.159.506** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de marzo de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de noviembre de 2023.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

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

2023111614384

# ANEXO No.01

# DOCUMENTOS DE PERSONAL

## CIVITARQ

~~035~~
310



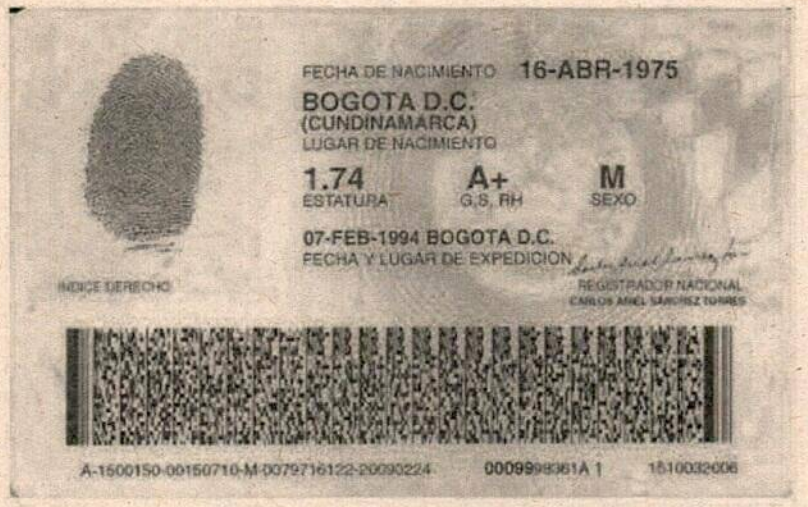
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.716.122

PLAZAS ESPINEL
APELLIDOS

WILSON RICARDO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1975

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

07-FEB-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00150710-M-0079716122-20090224 0009998961A 1 1510032006

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/11/2023

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 900283279 | **Cédula Usuario:** | CC 79671481 |
| **Nombre:** | CIVILIZACION TECNICA Y ARQUITECTURA SAS | | | | |
| **Dirección:** | KR 68 D 25B 86 OF 617 | | | | |
| **Departamento:** | BOGOTA D.C. | | **Municipio:** | BOGOTA D.C. | |
| **Correo electrónico:** | ADMINISTRACION@CIVITARQ.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 4272009 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA CONSULTORIA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS) | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 79671481 | ARIEL ALEXANDER ROA CORTES |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 191 | 01/12/2023 | CC 79716122 | PLAZAS ESPINEL WILSON | 5 | 6.960 | Independiente |

## 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.

MS 4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

7F50972D8D00FB1DD2D05A7F224E6A7F

Certificado impreso el día 11/30/2023 5:18:30 PM por el portal de empresas Edesk

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

compensar | salud eps

No. de Radicación | Fecha de Radicación

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS): 03

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

6. Apellidos y nombres
7. Tipo de documento de identidad
8. Número de documento de identidad
9. Sexo: Femenino / Masculino
10. Fecha de nacimiento

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo / Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia: Zona Urbana / Rural

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino / Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

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

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

### Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Teléfono / Correo electrónico / Municipio / Distrito / Departamento

## B. REPORTE DE NOVEDADES

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Apellidos / Nombres
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado — Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

55. El cotizante, afiliado o entidad responsable de la afiliación colectiva/institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

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

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

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

OBSERVACIONES:

SUJETO A VERIFICACIÓN

Vigilado Supersubsidio

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

Identificación aportante 79716122

Fecha liquidación: 01/12/2023 9:50:31

Tipo de planilla

I - Planilla de Independientes

Número de planilla 8372874178

Periodo liquidación Diciembre 2023

| Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa) | Valor a pagar |
|---|---|
| 08/01/2024* | 330600.00 |

*Hasta este fecha el pago puede ser realizado en cualquier punto

Información de la planilla

| | |
|---|---|
| Porvenir | 185600 |
| Compensar EPS | 145000 |

Novedades reportadas

Ingreso

**Utilice su número de identificación como número de pago sólo en los siguientes puntos:**

Banco de Bogotá

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Diligencie al momento de realizar el pago

- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información miplanilla.com

79716122

(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Diciembre 2023

Para pagos vía PSE ingrese a la página de su entidad financiera de preferencia, busque el servicio de pagos de impuestos y seleccione la opción de planillas.

**Número de pago en otras entidades**
**Periodo Pensión - Salud: Diciembre 2023**

8372874178

(Corresponde al número de planilla)

**Puntos de pago al mismo día de generación de la planilla:**
Puntos 4-72 y Red Heri. Puntos de Pago Bodega Compensar, Unicable Ave. Primero de Mayo Kennedy, Calle 21 Avenida El Dorado, Calle 42 y Suba, Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Oficinas ATH y Corresponsales Grupo Exito.
**Puntos de pago al día siguiente al de la generación de la planilla:**
Banco Av Villas y Red Servi.
Si paga la planilla después de la hora de cierre de las sucursales bancarias (3:00 p.m.) en nuestra ciudad. Durante los fines de semana o festivos el pago se verá reflejado al siguiente día hábil.
**Información importante:** Con el objetivo de evitar inconvenientes en la transmisión o confirmar la información reportada en la planilla antes de realizar el pago recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con la(s) Administradora(s). Consulte las horas de atención para pago presencial a través de los cuales podrá realizar el pago de su planilla cuando el [illegible]

Powered by CamScanner

~~037~~
312

compensar | miplanilla.com

Identificación aportante: 79716122

Fecha liquidación: 01/12/2023 9:50:31

Tipo de planilla:

I - Planilla de Independientes

Número de planilla: 83728741?8

Periodo liquidación: Diciembre 2023

| Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa) | Valor a pagar |
|---|---|
| 08/01/2024* | 330600.00 |

*Después de esta fecha se generarán intereses de mora

Información de la planilla

| | |
|---|---|
| Porvenir | 185600 |
| Compensar EPS | 145000 |

Novedades reportadas

Ingreso

Utilice su número de

Powered by CamScanner

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ARIEL ALEXANDER ROA CORTES, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.671.481 de Bogotá, actuando en Representación legal de **CIVILIZACIÓN TÉCNICA Y ARQUITECTURA S.A.S** identificado con número de NIT No. 900.283.279-6 quien en adelante se denominará EL CONTRATANTE, y por otra el Arq. **WILSON RICARDO PLAZAS**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No. 79.716.122 de Bogotá, domiciliado en la ciudad en Bogotá, y quien para los efectos del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, acuerdan celebrar el presente contrato DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA.- OBJETO**: El CONTRATISTA en su calidad de trabajador independiente, se obliga para con El CONTRATANTE a ejecutar las labores propias de **DIRECTOR DE OBRA** con una dedicación del 50% durante la etapa de obra, en el horario determinado y en los turnos establecidos por CIVILIZACIÓN TÉCNICA Y ARQUITECTURA S.A.S. en el proyecto CUYO OBJETO ES: "CONSTRUCCIÓN DE LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE DEL CENTRO CULTURAL DEL MUNICIPIO DE CHÍA CUNDINAMARCA".. **SEGUNDA. - DURACIÓN O PLAZO**: El plazo para la ejecución del presente contrato será por un periodo de seis (6) meses contados a partir del diecisiete (17) de Noviembre de 2023 y podrá prorrogarse por acuerdo entre las partes con antelación a la fecha de su expiración mediante la celebración de un contrato adicional que deberá constar por escrito. **TERCERA. - PRECIO**: El valor del contrato será por la suma de $ 30.000.000 (TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE. **CUARTA. - FORMA DE PAGO:** El valor del contrato será cancelado así: $ 5.000.000 (CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE) mes vencido. **QUINTA.- OBLIGACIONES:** El CONTRATANTE deberá facilitar acceso a la información y elementos que sean necesarios, de manera oportuna, para la debida ejecución del objeto del contrato, y estará obligado a cumplir con lo estipulado en las demás cláusulas y condiciones previstas en este documento. El CONTRATISTA deberá cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados como lo son la dirección de la obra y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio, además se compromete a entregar mensualmente a CIVILIZACION TECNICA Y ARQUITECTURA S.AS. los pagos de salud EPS, pensiones y riesgos profesionales que serán cancelados por EL CONTRATISTA, sin que esto represente una obligación laboral para el CONTRATANTE. **SEXTA.- SUPERVISION:** El CONTRATANTE o su representante supervisarán la ejecución del servicio encomendado, y podrá formular las observaciones del caso, para ser analizadas conjuntamente con El CONTRATISTA. **SEPTIMA. -TERMINACIÓN**. El presente contrato terminara por acuerdo entre las partes y unilateralmente por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato. **OCTAVA. -INDEPENDENCIA**: El CONTRATISTA actuará por su cuenta, con autonomía y queda excluida cualquier relación laboral. Sus derechos se limitarán por la naturaleza del contrato, a exigir el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y el pago oportuno de su remuneración fijada en este documento. **NOVENA. - CESIÓN: El CONTRATISTA** no podrá ceder parcial ni totalmente la ejecución del presente contrato a un tercero, sin la previa, expresa y escrita autorización del CONTRATANTE. **DÉCIMA. -DOMICILIO**: Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de Bogotá.

88
313

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los diecisiete (17) días del mes de Noviembre del año 2023, en la ciudad de Bogotá.

EL CONTRATANTE

**Arq. ARIEL ALEXANDER ROA CORTES**
**CC. No 79.671.481 de Bogotá**
**CIVITARQ S.A.S**
**Representante legal**
**NIT. 900.283.279-6**

EL CONTRATISTA

**Arq. WILSON RICARDO PLAZAS**
**79.716.122 de Bogotá**

~~034~~
314

# ANEXO No.01

# REPORTE DIARIO DE PERSONAL

340
315

# REPORTE DE PERSONAL DIARIO

SEMANA: 20 de noviembre al 26 de noviembre de 2023
MES: NOVIEMBRE

| No. | CONTRATISTA | ACTIVIDAD | CARGO | LUNES 20 | | MARTES 21 | | MIÉRCOLES 22 | | JUEVES 23 | | VIERNES 24 | | SÁBADO 25 | | DOMINGO 26 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CIVITARQ | CONSTRUCTOR | AD | 4 | 6 | 4 | 6 | 4 | 5 | 4 | 6 | 4 | 6 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| | | | OP | 1 | | 1 | | 0 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | |
| | | | OF | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| | | | AY | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | |
| 2 | CONSORCIO INTER COMUNITARIO | INTERVENTORIA | AD | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | JS CONSTRUCIVL | ESTRUCTURA | AD | 0 | 9 | 1 | 9 | 1 | 11 | 1 | 11 | 1 | 10 | 1 | 8 | 0 | 0 |
| | | | MO/E | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | |
| | | | OF | 4 | | 5 | | 6 | | 6 | | 6 | | 4 | | 0 | |
| | | | AY | 4 | | 2 | | 3 | | 3 | | 2 | | 3 | | 0 | |
| 4 | INDUSTRIA METALICA JSP | ESTRUCTURA METALICA | MO/E | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | SOL | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 0 | | 0 | |
| TOTAL PERSONAL ADMINISTRATIVO | | | AD | 5 | | 6 | | 6 | | 6 | | 6 | | 4 | | 0 | |
| TOTAL OPERADOR/SOLDADOR | | | OP | 4 | | 4 | | 3 | | 4 | | 4 | | 1 | | 0 | |
| TOTAL MAESTRO DE OBRA Y/O ENCARGADO | | | MO/E | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 0 | | 0 | |
| TOTAL OFICIAL | | | OF | 4 | | 5 | | 6 | | 6 | | 6 | | 4 | | 0 | |
| TOTAL AYUDANTE | | | AY | 5 | | 3 | | 4 | | 4 | | 3 | | 4 | | 0 | |
| TOTAL PERSONAL | | | | 20 | | 20 | | 21 | | 22 | | 21 | | 13 | | 0 | |
| | | | | 20 | | 20 | | 21 | | 22 | | 21 | | 12 | | 0 | |

# REPORTE DE PERSONAL DIARIO

SEMANA: 27 de noviembre al 03 de diciembre de 2023
MES: NOVIEMBRE

| No. | CONTRATISTA | ACTIVIDAD | CARGO | LUNES 27 | | MARTES 28 | | MIÉRCOLES 29 | | JUEVES 30 | | VIERNES 1 | | SÁBADO 2 | | DOMINGO 3 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CIVITARQ | CONSTRUCTOR | AD | 4 | 6 | 4 | 6 | 4 | 6 | 4 | 6 | 4 | 6 | 4 | 5 | 0 | 0 |
| | | | OP | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | |
| | | | OF | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| | | | AY | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | |
| 2 | CONSORCIO INTER COMUNITARIO | INTERVENTORIA | AD | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | JS CONSTRUCIVL | ESTRUCTURA | AD | 1 | 7 | 1 | 9 | 1 | 7 | 0 | 3 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 0 |
| | | | MO/E | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | |
| | | | OF | 3 | | 5 | | 3 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | |
| | | | AY | 2 | | 2 | | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | |
| 4 | INDUSTRIA METALICA JSP | ESTRUCTURA METALICA | MO/E | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| | | | SOL | 0 | | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | |
| TOTAL PERSONAL ADMINISTRATIVO | | | AD | 6 | | 6 | | 5 | | 4 | | 5 | | 5 | | 0 | |
| TOTAL OPERADOR/SOLDADOR | | | OP | 1 | | 3 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 0 | |
| TOTAL MAESTRO DE OBRA Y/O ENCARGADO | | | MO/E | 1 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 0 | |
| TOTAL OFICIAL | | | OF | 3 | | 5 | | 3 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | |
| TOTAL AYUDANTE | | | AY | 3 | | 3 | | 3 | | 2 | | 2 | | 2 | | 0 | |
| TOTAL PERSONAL | | | | 14 | | 19 | | 15 | | 11 | | 12 | | 12 | | 0 | |

~~04~~
316

# REPORTE DE PERSONAL DIARIO

SEMANA: 04 de diciembre de 2023 al 10 de diciembre de 2023
MES: NOVIEMBRE

| No. | CONTRATISTA | ACTIVIDAD | CARGO | LUNES 4 | | MARTES 5 | | MIÉRCOLES 6 | | JUEVES 7 | | VIERNES 8 | | SÁBADO 9 | | DOMINGO 10 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CIVITARQ | CONSTRUCTOR | AD | 4 | 6 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | OP | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| | | | OF | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| | | | AY | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| 2 | CONSORCIO INTER COMUNITARIO | INTERVENTORIA | AD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | JS CONSTRUCIVL | ESTRUCTURA | AD | 1 | 4 | 0 | 3 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | MO/E | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| | | | OF | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| | | | AY | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| 4 | INDUSTRIA METALICA JSP | ESTRUCTURA METALICA | MO/E | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | SOL | 2 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| TOTAL PERSONAL ADMINISTRATIVO | | | AD | 5 | | 4 | | 5 | | 5 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| TOTAL OPERADOR/SOLDADOR | | | OP | 3 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| TOTAL MAESTRO DE OBRA Y/O ENCARGADO | | | MO/E | 2 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| TOTAL OFICIAL | | | OF | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| TOTAL AYUDANTE | | | AY | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| TOTAL PERSONAL | | | | 13 | | 8 | | 9 | | 9 | | 0 | | 0 | | 0 | |

~~059~~
317

# ANEXO No.03

# PAZ Y SALVOS

~~000~~
318

# CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

OBRA: CENTRO CULTURAL
CHIA CUNDINAMARCA

PERIODO DEL 30 DE OCTUBRE AL 12 DE NOVIEMBRE DEL 2023

**NOMINA No. 3**

Através del siguiente documento certifico que me encuentro a paz y salvo por todo concepto con los siguientes empleados relacionados, que con su firma aceptan y confirman lo escrito:

| | NOMBRES | IDENTIFICACIÓN | CARGO | FIRMA | HUELLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NICOLAS LOPEZ | 1,072,710,571 | OFICIAL | 1077105H | |
| 2 | DAVID GARZON | 1,003,674,845 | AYUDANTE | 1003674845 David G. | |
| 3 | JAIME CATOR | 19,488,413 | AYUDANTE | 19488413 | |
| 4 | VICTOR ESPINOSA | 1,072,699,787 | AYUDANTE | Victor 1072699787 | |
| 5 | YEISON AVILA | 1,072,673,533 | AYUDANTE | 1072673533 | |
| 6 | DANIEL BONETT | 1,065,846,697 | AYUDANTE | 1065846697 | |
| 7 | JOSE GUAYACONDO | 6,762,960 | OFICIAL | 6762960 | |
| 8 | ADRIANA MONSALVE | 1,024,505,091 | SST | Adriana Monsalve cc.1024505091 | |
| 9 | SERVANO MONSALVE | 79,244,156 | MAESTRO | 79244156 | |

Powered by CamScanner

18 de noviembre de2023

**Señores:**

Civitarq

Proyecto Centro Cultural y Comunitario

Chía

**Asunto:** Notificación de traslado de personal

Nos permitimos informar que el siguiente personal fue trasladado a otro centro de trabajo del JS CONSTRUCIVIL.

| Nombre del trabajador | Cedula |
|---|---|
| Jaime Cantor | 19,488,413 |
| Gerardo Cabrera | 11,201,466 |
| Juan Herrera | 1,044,910,507 |

Atentamente;

**JONATHAN MONSALVE ALARCON**
Representante Legal **JS CONSTRUCIVIL S.A.S**

~~061~~
319

# ANEXO No.04

# ESTADISTICAS DE ACCIDENTALIDAD

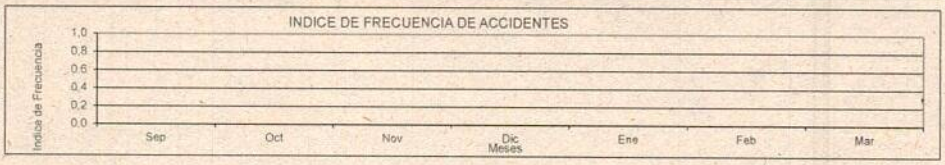
320
062

| CIVITARQ | FORMATO | Código: FOR-SST-004 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | ESTADISTICAS DE ACCIDENTALIDAD | Fecha Elaboración/ Modificación: 09/10/2023 |

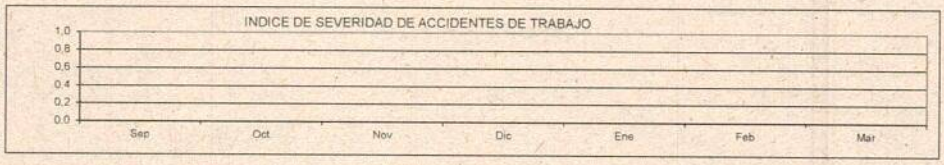
Preiodo: 2023

| ACCIDENTES | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MES | No Accidentes MES | DIAS PERDIDOS | N° Trabajadores | N° Contratistas | N° Dias trabajados MES | N° Dias trabajados Contratistas | H-H Trabajadas | INDICE Frecuencia | INDICE Frecuencia con Incapacidad por AT | INDICE Severidad | INDICE Lesión Incapacitante | Tasa Accidentalidad |
| Septiembre | 0 | 0 | 2 | 1 | 10 | 10 | 192 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Octubre | 0 | 0 | 11 | 2 | 20 | 8 | 2112 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Noviembre | 0 | 0 | 23 | 3 | 26 | 26 | 5741 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Diciembre | 0 | 0 | | | | | 0 | #¡DIV/0! | | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 0,0 |
| Enero | 0 | 0 | | | | | 0 | #¡DIV/0! | | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 0,0 |
| Febrero | 0 | 0 | | | | | 0 | #¡DIV/0! | | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 0,0 |
| Marzo | 0 | 0 | | | | | 0 | #¡DIV/0! | | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 0,0 |
| PROMEDIO | 0,0 | 0,0 | 12 | 2 | 18,7 | 14,7 | 1149 | #¡DIV/0! | 0 | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 0,0 |
| TOTAL | 0 | 0 | 36 | 6 | 56 | 44 | 8044,8 | 0 | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 0 |

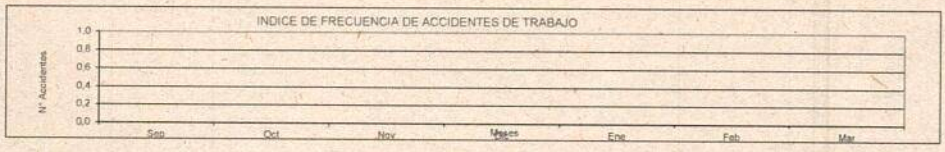
| MES | Ind.Frecuencia Accidentes |
|---|---|
| Sep | 0,0 |
| Oct | 0,0 |
| Nov | 0,0 |
| Dic | #¡DIV/0! |
| Ene | #¡DIV/0! |
| Feb | #¡DIV/0! |
| Mar | #¡DIV/0! |



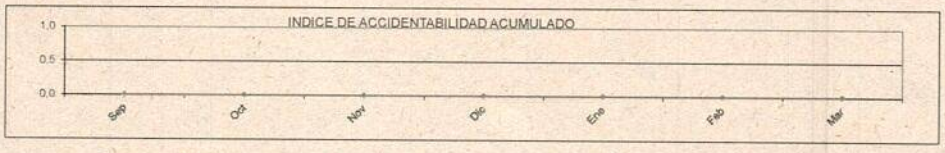

| MES | INDICE SEVERIDAD |
|---|---|
| Sep | 0,0 |
| Oct | 0,0 |
| Nov | 0,0 |
| Dic | #¡DIV/0! |
| Ene | #¡DIV/0! |
| Feb | #¡DIV/0! |
| Mar | #¡DIV/0! |



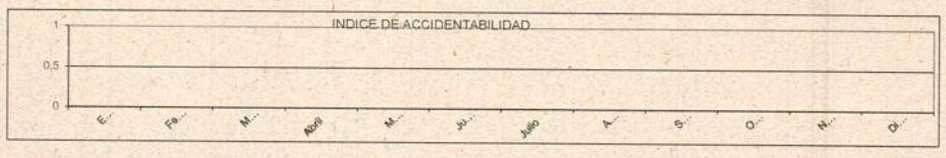

| MES | INDICE FREC. |
|---|---|
| Sep | 0,0 |
| Oct | 0,0 |
| Nov | 0,0 |
| Dic | #¡DIV/0! |
| Ene | #¡DIV/0! |
| Feb | #¡DIV/0! |
| Mar | #¡DIV/0! |



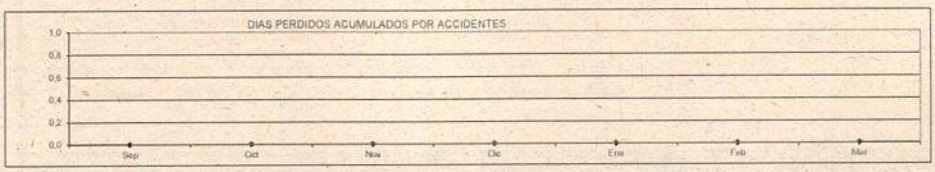

| MES | IND. ACCID. |
|---|---|
| Sep | 0,0 |
| Oct | 0,0 |
| Nov | 0,0 |
| Dic | #¡DIV/0! |
| Ene | #¡DIV/0! |
| Feb | #¡DIV/0! |
| Mar | #¡DIV/0! |



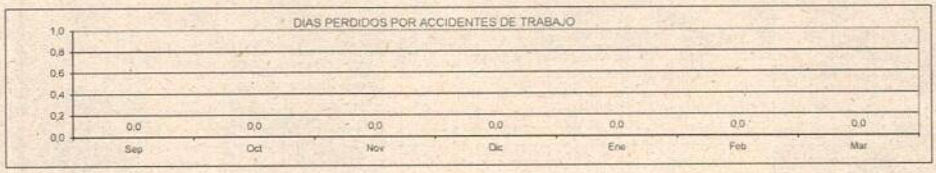

| MES | IND. ACCI. |
|---|---|
| Sep | 0,0 |
| Oct | 0,0 |
| Nov | 0,0 |
| Dic | #¡DIV/0! |
| Ene | #¡DIV/0! |
| Feb | #¡DIV/0! |
| Mar | #¡DIV/0! |



| MES | DIAS PERD |
|---|---|
| Sep | 0,0 |
| Oct | 0,0 |
| Nov | 0,0 |
| Dic | 0,0 |
| Ene | 0,0 |
| Feb | 0,0 |
| Mar | 0,0 |




| MES | DIAS PERD |
|---|---|
| Sep | 0,0 |
| Oct | 0,0 |
| Nov | 0,0 |
| Dic | 0,0 |
| Ene | 0,0 |
| Feb | 0,0 |
| Mar | 0,0 |



## POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. - 860011153

HACE CONSTAR QUE

La empresa **CIVILIZACION TECNICA Y ARQUITECTURA SAS** identificada con tipo y número de documento **NI 900283279** registra afiliación **ACTIVA** a POSITIVA en el ramo de Riesgos Laborales desde el **19/08/2009**, con actividad económica principal código **1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA CONSULTORIA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS)** y clase de riesgo **1.**

La información consultada en las bases de datos de la aseguradora para la generación de la constancia es desde el **15/11/2023 11:18** y sus últimos **3** años o fracción para los eventos de **Accidente de Trabajo.**

A continuación, se relaciona únicamente los ítems por cada vigenica donde la empresa reportó eventos a la Administradora de Riesgos Laborales.

| INFORMACIÓN DETALLADA CONSTANCIA | AÑO | | |
|---|---|---|---|
| | 2023 | 2022 | 2021 |
| Número promedio de trabajadores afiliados a riesgos laborales | 39 | 34 | 19 |
| **Accidentes de Trabajo** | | | |
| Número de Accidentes de Trabajo reportados por la empresa a la ARL por los años de consulta | 1 | 5 | 1 |
| Número total de AT calificado de origen profesional (fecha reporte vs origen) por la empresa por cada uno de los años consultados | 1 | 5 | 1 |
| Número total de AT MORTAL calificado de origen profesional (fecha reporte vs origen) por la empresa por cada uno de los años consultados | 0 | 0 | 0 |
| Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IT de la empresa por cada uno de los años consultados | 0 | 0 | 0 |
| Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IPP de la empresa por cada uno de los años consultados | 0 | 0 | 0 |
| Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IT por FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados | 0 | 0 | 0 |
| Número total de IT reportadas (fecha de radicación IT) por Accidente de Trabajo de la empresa por cada uno de los años consultados | 0 | 0 | 0 |
| Número total de IT reportadas (fecha de radicación IT) por Accidente de Trabajo y FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados | 0 | 0 | 0 |
| Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de IPP por FALLO JUDICIAL de la empresa por cada uno de los años consultados | 0 | 0 | 0 |
| Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de PI de la empresa por cada uno de los años consultados | 0 | 0 | 0 |
| Número de Accidente Trabajo (fecha de reporte) con prestación económica de PS-SP de la empresa por cada uno de los años consultados | 0 | 0 | 0 |

**Formato hora:** 24 horas
**ARL:** Administradora de Riesgos Laborales
**AT:** Accidente de Trabajo
**Fecha Reporte:** Corresponde al DD/MM/AAAA en la cual se realizó el aviso oficial del evento a POSITIVA
**AT MORTAL:** Accidente de Trabajo con muerte del trabajador
**EL:** Enfermedad Laboral
**EL MORTAL:** Enfermedad Laboral con muerte del trabajador
**IT:** Incapacidad Temporal
**Fecha de Radicación IT:** Corresponde a DD/MM/AAAA en la cual se realizó presentación de la documentación de la IT a POSITIVA
**IPP:** Incapacidad Permanente Parcial
**PI:** Pensión de Invalidez
**PS:** Pensión de Sobrevivientes
**SP:** Sustitución Pensional

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.

Fecha de Expedición: **15/11/2023 11: 18**

La autenticidad de este documento electrónico puede ser verificado dando click en el siguiente enlace: (https://alissta.gov.co/CRiesgosLaborales/VCEnl?token=COmg/3aN1D3DGV4olaX6Dmk65l8y6/smoj54Solga6o=)

Para verificación de Positiva

322
~~064~~

ARL | sura

Medellín, 16 de noviembre de 2023

**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.**

**HACE CONSTAR**

Que la empresa JS CONSTRUCIVIL S.A.S, NIT N901178923, no presenta accidentes de trabajo desde el 20 de octubre de 2023 hasta el 16 de noviembre de 2023.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.140.193.142, 192.230.104.3, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# ANEXO No.05

# ACTA DE VIGIA SST

# ACTA DE COCOLA

324
086

| CIVITEC | ACTA CONFORMACION DE COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL |
|---|---|

El día 17 de noviembre de 2023 en el proyecto centro cultural y comunitario del municipio de chía nombra vigía en seguridad y salud en el trabajo, dando cumplimiento la resolución de 652 de 2012, Ley 1010 de 2006, Resolución 1356 del 2012, Resolución 2646 de 2008, decreto 1072 de 2015, así como lo dispuesto en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. El período de nombramiento es por la etapa de la obra. Noviembre de 2023 a marzo de 2024.

Por parte de la dirección de obra se nombra las siguientes personas:

Por parte de la empresa a:

Diana Mendez

Y los trabajadores nombraron a:

Carlos Ortiz

88211477

Este último es nombrado por voluntad propia ya que son dos trabajadores.

Representante del empleador
Firma
Nombre: Diana Patricia Mendez
Cedula: 65707329

88211477.

Representante de los trabajadores
Firma
Nombre: Carlos E. Ortiz L.
Cedula: 88211477

Powered by CamScanner

| CIVIT | **ACTA NOMBRAMIENTO DE VIGIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** |
|---|---|

El día 17 de noviembre de 2023 en el proyecto centro cultural y comunitario del municipio de chía nombra vigía en seguridad y salud en el trabajo, dando cumplimiento a la Resolución 2013 de 1986 y al Decreto 1072 del 2015 y ley 1562 de 2015 y a las exigencias de la división de Riesgos Laborales del Ministerio de Trabajo, así como lo dispuesto en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. El período de nombramiento es por la etapa de la obra. Noviembre de 2023 a marzo de 2024.

Por parte de la dirección de obra se nombra las siguientes personas:

Por parte de la empresa a:

Diana Méndez

Y los trabajadores nombraron a:

Fernanda Taba

Este último nombrado por voluntad propia ya que son dos trabajadores.

DIANA MENDEZ.

Representante del empleador
Firma
Nombre: Diana Mendez
Cedula: 65707729.

Fernanda Taba E.

Vigía representante de los trabajadores
Firma
Nombre: Paula Fernanda Taba Espinosa
Cedula: 1072671093

Powered by CamScanner

068
326

# ANEXO No.06

# CRONOGRAMA-INDUCCIONES-CHARLAS

| CIVITARQ | DOCUMENTO | Código: DOC-SST-009 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | PROGRAMA DE CAPACITACIONES SST | Fecha Elaboración/ Modificación: 08/10/2023 |

| | |
|---|---|
| OBJETIVO | Brindar herramientas para generar conocimientos para identificar los peligros y controlar los riesgos relacionados con el trabajo con el fin de prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales. |
| ALCANCE | Aplica a todos los niveles de la organización incluyendo a trabajadores dependientes, contratistas, trabajadores cooperados y los trabajadores en misión. |
| PROYECTO | Chia / Cundinamarca |

| Tipo de Indicador | INDICADOR | FORMULA | META | FRECUENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Cumplimiento | Ejecución de actividades programadas | (N° de actividades ejecutadas / N° de actividades programadas en el mes)*100 | 100% | Trimestral |
| Cobertura | Capacitación a todo el personal | (N° de trabajadores capacitados en el periodo / Total de trabajadores en el mes)*100 | 90% | Trimestral |
| Eficacia | Resultado de evaluaciones | (Evaluaciones de capacitación con calificación igual o superior al 60% / Total de evaluaciones realizadas en el trimestre)*100 | 90% | Trimestral |

| ITEM | TEMAS | RESPONSABLE | DIRIGIDO A | HORAS | RECURSOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | INDUCCION SGSST | Residente SST | Todo el personal nuevo | 1 | PC, Videobeam |
| 2 | Política de seguridad y salud en el trabajo (SST), Objetivos del SG-SST | Residente SST | Todo el personal nuevo | 1 | PC, Videobeam |
| 3 | Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos - Reporte de Actos y Condiciones Inseguras | Residente SST | Todo el personal nuevo | 1 | PC, Videobeam |
| 4 | Reporte e Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 5 | Señalización y Demarcación de Áreas | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 6 | Pausas Activas: Pre calentamiento, Calistenia | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 7 | Pausas Activas: Estiramientos | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 8 | Uso adecuado de EPP | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 9 | Prevención del Riesgo Biomecanico | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 10 | Trabajo Seguro en Alturas | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 11 | Riesgo mecanico | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 12 | Riesgo locativo | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 13 | Manipulación correcta de cargas | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 14 | Izaje de cargas | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 15 | Uso adecuado del arnes | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 16 | Diligenciamiento de permisos de trabajo | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 17 | Brigada de emergencias (Primeros Auxulios) | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 18 | Brigada de emergencias (evacuacion) | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 19 | Brigada de emergencias (Control de conato) | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 20 | Acciones preventivas y correctivas | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 21 | campaña de autocuidado | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 22 | Prevención del Riesgo Fisico: Ruido | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 23 | Uso adecuado de EPP | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 24 | Manejo seguro de Herramientas | Residente SST | Todo el personal | 1 | PC, Videobeam |
| 25 | Lavado de manos | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| 26 | Divulgación Plan de Emergencia / Evacuación | Residente SST | Todo el personal | 0,16 | PC, Videobeam |
| | | | Horas de Capacitación en el Año | 26 | |

| | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total Act. Planeadas mes | 21 | 13 | 14 | 15 | 11 | 12 | 0 |
| Total Act. Ejecutadas mes | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cumplimiento Meta | 76% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | #¡DIV/0! |

| CIVIT | FORMATO | Código: FOR-SST-001 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | REGISTRO DE ASISTENCIA | Fecha Elaboración/ Modificación: 09/10/2023 |

AREA: **SST**

NOMBRE DEL TEMA: **INDUCCION EN SG-SST**

| Divulgación | X | Capacitación | | Sensibilización | | Otro: | | Cual |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**OBJETIVO:** Dar a conocer al trabajador el SG-SST de Civitarq S.A.S, el cual se socializa las Políticas de SST, Políticas del No consumo de sustancias Psicoactivas, Bebidas embriagantes y No tabaco, Política Psicosocial, Copasst, Comité de convivencia laboral, Plan de emergencias, Notificacion de riesgos, Uso de elementos de proteccion personal, Accidente de trabajo, Enfermedad Laboral, Derechos y deberes del trabajador, Afiliaciones a la seguridad social y demas temas relacionados en SST.

| | |
|---|---|
| Fecha de la Capacitación: 20/NOV/2023. | Nº DE ASISTENTES: 5. |
| Área donde se realizó: Centro Cultural y Comunitario Del Municipio de Chía. | EXPOSITOR DEL CHARLA: |
| Ubicación: Obra. | Diana Mendez. |

| | NOMBRES Y APELLIDOS | NUMERO DE CEDULA | AREA O LABOR | FIRMA PARTICIPANTE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Luis David Barreto | 1221965971 | J S cay | Luis Barreto |
| 2 | Uriel Rodriguez | 80140432 | JS Fraz o | Uriel Rodriguez |
| 3 | Alfonso Romero | 11309864 | | |
| 4 | oscar moreno luis | 3179606 | Platina | oscar moreno |
| 5 | German Gomez | 9258906 | Platina | |
| 6 | Carlos H. Rojas | 94.434.143 | platina. | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |

~~070~~
328

| CIVIT | FORMATO | Codigo: FO-SST-013 |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Versión: 01 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

| FECHA: | |
|---|---|

| NOMBRE: | Alfonso Romero | No IDENTIFICACIÓN: | 1130986 4 |
|---|---|---|---|
| CARGO: | Trazador | TELEFONO: | 320 304 2420 |
| PROYECTO / SEDE | Centro cultural | | |

**SELECCIONE LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA**

1. Las políticas con las que cuenta la empresa son:

   a. Política de calidad, política integrada de gestión, política de sostenibilidad y política de riesgo público.
   b. Política de riesgo público, política de seguridad vial, política de sostenibilidad, política de riesgo psicosocial.
   c. Política integrada de seguridad y salud en el trabajo Y Políticas de prevención de alcohol, tabaquismo, y sustancias psicoactivas, Política de riesgo Psicosocial.
   d. Ninguna de las anteriores

2. Es responsabilidad SST de los trabajadores:

   a. Procurar el cuidado integral de la salud
   b. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
   c. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa
   d. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
   e. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST
   f. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
   g. Todas las anteriores

3. Que hacer en caso de emergencia

   a. Salir Corriendo, gritar, no seguir las instrucciones del brigadista
   b. Mantener la calma, seguir las instrucciones del brigadista, Ubicar el punto de encuentro., Ubicar el kit de emergencia
   c. Rescatar personal sin mirar los riesgos a los que estoy expuesto
   d. Todas las anteriores

4. Parte de las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, pueden ser

   a. Apoyar en temas de recursos humanos.
   b. Realizar investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
   c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados.
   d. b y c son correctas.
   e. Ninguna de las anteriores

5 Accidente de trabajo es:

   a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Todo estado patológico derivado de la clase de trabajo.
   c. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa.
   d. Todas las anteriores

6 Enfermedad profesional es:

   a. Resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
   b. Cualquier patología que se presente dentro o fuera del trabajo
   c. a y b son correctas
   d. Ningunas de las anteriores

7 Responsabilidad de la empresa

   a. Afiliar al personal al Sistema de seguridad social (EPS, FP, CCF, ARL)
   b. Suministro de epp y dotación
   c. Capacitar al personal
   d. Todas las anteriores

8 A qué tipo de peligros está expuesto en su trabajo? Mencione 3.

Machucon
Caida
Riesgo electrico

9 Desde mi lugar de trabajo que acciones puedo tomar para prevenir accidentes

No tener Bruco inestable
Especificar el terreno
Especificar conexiones

**RESULTADOS OBTENIDOS**

| RESPUESTAS CORRECTAS | 9. |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Entre 8 y 9 | Demuestra conocimientos del tema |
| Entre 6 y 7 | Demuestra parcialmente conocimientos del tema |
| Entre 0 a 2 | No demuestra conocimientos del tema, debe reprogramarse el entrenamiento |

| CIVIT | FORMATO | Cogigo: FO-SST-012 |
|---|---|---|
| | SOCIALIZACION DE INDUCCION | Versión: 0 1 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

NOMBRE TRABAJADOR: Yurel Rodriguez FECHA: 20-11-23
CARGO: Oficial HORA:
CONTRATISTA: JJ

| TEMA O ASPECTO ESPECIFICO | SI | NO |
|---|---|---|
| *** Usted recibió información sobre:** | | |
| Normas y reglamento interno de CIVITARQ SAS | ✓ | |
| Politicas en seguridad y salud en el trabajo, drogas y alcohol | ✓ | |
| Reglamento de higiene y seguridad en el tabajo | ✓ | |
| Riesgos asociados en el proyecto u oficina | ✓ | |
| Conductos regulares para la solicitud de permisos y citas médicas | ✓ | |
| Afiliación a la ARL, Salud y pensión y sitios de atención | ✓ | |
| Respeto a sus superiores y compañeros | ✓ | |
| Aspectos generales y legales en seguridad y salud en el trabajo | ✓ | |
| Plan de emergencias, rutas de evacuación y puntos de encuentro | ✓ | |
| Plan a seguir en caso de accidente laboral | ✓ | |
| Teléfonos de emergencia | ✓ | |
| Sabe a quien acudir en caso de emergencia | ✓ | |
| Uso obligatorio de elementos de protección personal | ✓ | |
| Orden y aseo de la obra y sitio de trabajo | ✓ | |
| Firma obligatoria de los permisos de trabajo para ejercer su labor | ✓ | |
| Responsabilidad en el uso de equipos de alturas Arnés, Líneas de vida entre otros | ✓ | |
| Responsabilidad en el uso de herramientas y dotación | ✓ | |
| Es usted competente para la realización de sus actividades y o cargo a desempeñar | ✓ | |
| Está enterado de los procedimientos de trabajo de su cargo | ✓ | |
| Tiene pleno conocimiento de donde ubicar los elementos de trabajo en aturas como son arnes, líneas de vida, mosquetones, frenos, slingas | ✓ | |
| Tiene entrenamiento en alturas y conoce los riesgos asociados a este trabajo | ✓ | |
| Se compromete a desempeñar su cargo con toda la seguiridad y cumpliendo todas las normas en seguridad y salud en el trabajo | ✓ | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) fue clara al exponer los temas | ✓ | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) respondió adecuadamente sus preguntas | ✓ | |

Lo que más le gustó de la inducción fue: _____

Confirmo que he recibido información de todos los riesgos por parte de CIVITARQ SAS para el proyecto u oficina:

Cual es su nivel de satisfacción respecto a la inducción? Marque con una X

Muy satisfecho [ ] Satisfecho [ ] Regular [ ] Insatisfecho [ ]

Sugerencias y Recomendaciones _____

Yurel Rodriguez
**NOMBRE TRABAJADOR**

**NOMBRE Y FIRMA RESIDENTE SST**

~~071~~
329

| CIVIT | FORMATO | Codigo: FO-SST-014 |
|---|---|---|
| | NOTIFICACION DE RIESGOS | Versión: 01 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

**CENTRO CULTURAL Y COMUNITARIO DEL MUPIO DE CHIA**

Notificación de riesgo a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

**Elementos de Protección personal del cargo:** Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

**Factores de riesgo existentes:** **Cargo:** Oficial

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Físicos: Ruido, temperatura, calor, frío radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación | X | Mecánico: atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto. |
| X | Químicos: humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado | X | Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control |
| X | Biológicos: animales (perros), insectos (abejas), bacterias, (falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas) | X | Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo |
| X | Psicolaboral: contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. | X | Seguridad física: orden público (robo de objetos personales y de trabajo) |
| X | Natural: inundaciones, movimientos sísmicos | X | Seguridad vial: accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción |
| X | Ergonómico: carga estática (postura de pie); malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro. | X | Otros: |

**ACCIONES PREVENTIVAS**

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometría y espirometrometría
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación de conocimiento en el área.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caidas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

| | |
|---|---|
| **Nombre y Apellidos** | Uriel Antonio Rodriguez R |
| **Cedula:** | 80140432 |
| **Firma:** | |
| **Fecha:** | 20-11-23 |

| CIVIT | FORMATO | Codigo: FO-SST-013 |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Versión: 01 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

| FECHA: | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: | Uriel Rodriguez | No IDENTIFICACIÓN: | 901460152 |
| CARGO: | Oficial | TELEFONO: | 3209614440 |
| PROYECTO / SEDE | | | |

**SELECCIONE LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA**

1. Las políticas con las que cuenta la empresa son:

   a. Política de calidad, política integrada de gestión, política de sostenibilidad y política de riesgo público.
   b. Política de riesgo público, política de seguridad vial, política de sostenibilidad, política de riesgo psicosocial.
   c. Política integrada de seguridad y salud en el trabajo Y Políticas de prevención de alcohol, tabaquismo, y sustancias psicoactivas, Política de riesgo Psicosocial.
   d. Ninguna de las anteriores

2. Es responsabilidad SST de los trabajadores:

   a. Procurar el cuidado integral de la salud
   b. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
   c. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa
   d. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
   e. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST
   f. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
   g. Todas las anteriores

3. Que hacer en caso de emergencia

   a. Salir Corriendo, gritar, no seguir las instrucciones del brigadista
   b. Mantener la calma, seguir las instrucciones del brigadista, Ubicar el punto de encuentro., Ubicar el kit de emergencia
   c. Rescatar personal sin mirar los riesgos a los que estoy expuesto
   d. Todas las anteriores

4. Parte de las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, pueden ser

   a. Apoyar en temas de recursos humanos.
   b. Realizar investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
   c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados.
   d. b y c son correctas.
   e. Ninguna de las anteriores

5. Accidente de trabajo es:

   a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Todo estado patológico derivado de la clase de trabajo.
   c. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa.
   d. Todas las anteriores

6. Enfermedad profesional es:

   a. Resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
   b. Cualquier patología que se presente dentro o fuera del trabajo
   c. a y b son correctas
   d. Ningunas de las anteriores

7. Responsabilidad de la empresa

   a. Afiliar al personal al Sistema de seguridad social (EPS, FP, CCF, ARL)
   b. Suministro de epp y dotación
   c. Capacitar al personal
   d. Todas las anteriores

8. A qué tipo de peligros está expuesto en su trabajo? Mencione 3.

   - cortes
   - machucones
   - quemaduras.

9. Desde mi lugar de trabajo que acciones puedo tomar para prevenir accidentes

   uso epp, inspecciones.

**RESULTADOS OBTENIDOS**

| RESPUESTAS CORRECTAS | 9 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Entre 8 y 9 | Demuestra conocimientos del tema |
| Entre 6 y 7 | Demuestra parcialmente conocimientos del tema |
| Entre 0 a 2 | No demuestra conocimientos del tema, debe reprogramarse el entrenamiento |

~~072~~
340

| CIVIT | FORMATO | Codigo: FO-SST-012 |
|---|---|---|
| | SOCIALIZACION DE INDUCCION | Versión: 0 1 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE TRABAJADOR: | Oscar Mauricio León | FECHA: | 20-11-2023 |
| CARGO: | Soldador | HORA: | |
| CONTRATISTA: | DSP | | |

| TEMA O ASPECTO ESPECIFICO | SI | NO |
|---|---|---|
| * Usted recibió información sobre: | | |
| Normas y reglamento interno de CIVITARQ SAS | ✓ | |
| Políticas en seguridad y salud en el trabajo, drogas y alcohol | ✓ | |
| Reglamento de higiene y seguridad en el tabajo | ✓ | |
| Riesgos asociados en el proyecto u oficina | ✓ | |
| Conductos regulares para la solicitud de permisos y citas médicas | ✓ | |
| Afiliación a la ARL, Salud y pensión y sitios de atención | ✓ | |
| Respeto a sus superiores y compañeros | ✓ | |
| Aspectos generales y legales en seguridad y salud en el trabajo | ✓ | |
| Plan de emergencias, rutas de evacuación y puntos de encuentro | ✓ | |
| Plan a seguir en caso de accidente laboral | ✓ | |
| Teléfonos de emergencia | ✓ | |
| Sabe a quien acudir en caso de emergencia | ✓ | |
| Uso obligatorio de elementos de protección personal | ✓ | |
| Orden y aseo de la obra y sitio de trabajo | ✓ | |
| Firma obligatoria de los permisos de trabajo para ejercer su labor | ✓ | |
| Responsabilidad en el uso de equipos de alturas Arnés, Líneas de vida entre otros | ✓ | |
| Responsabilidad en el uso de herramientas y dotación | ✓ | |
| Es usted competente para la realización de sus actividades y o cargo a desempeñar | ✓ | |
| Está enterado de los procedimientos de trabajo de su cargo | ✓ | |
| Tiene pleno conocimiento de donde ubicar los elementos de trabajo en aturas como son arnes, líneas de vida, mosquetones, frenos, slingas | ✓ | |
| Tiene entrenamiento en alturas y conoce los riesgos asociados a este trabajo | ✓ | |
| Se compromete a desempeñar su cargo con toda la seguiridad y cumpliendo todas las normas en seguridad y salud en el trabajo | ✓ | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) fue clara al exponer los temas | ✓ | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) respondió adecuadamente sus preguntas | ✓ | |

Lo que más le gustó de la inducción fue: _____

Confirmo que he recibido información de todos los riesgos por parte de CIVITARQ SAS para el proyecto u oficina:

Cual es su nivel de satisfacción respecto a la inducción? Marque con una X

Muy satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Regular ☐ Insatisfecho ☐

Sugerencias y Recomendaciones _____

Oscar Mauricio León

**NOMBRE TRABAJADOR**

**NOMBRE Y FIRMA RESIDENTE SST**

| CIVIT | FORMATO | Codigo: FO-SST-013 |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Versión: 01 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

FECHA: 20-11-2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: | Wer Mormo Lozi | No IDENTIFICACIÓN: | 3159505 |
| CARGO: | Soldador | TELEFONO: | 3222020176 |
| PROYECTO / SEDE | | | |

**SELECCIONE LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA**

1. Las políticas con las que cuenta la empresa son:

   a. Política de calidad, política integrada de gestión, política de sostenibilidad y política de riesgo público.
   b. Política de riesgo público, política de seguridad vial, política de sostenibilidad, política de riesgo psicosocial.
   c. Política integrada de seguridad y salud en el trabajo Y Políticas de prevención de alcohol, tabaquismo, y sustancias psicoactivas, Política de riesgo Psicosocial.
   d. Ninguna de las anteriores

2. Es responsabilidad SST de los trabajadores:
   a. Procurar el cuidado integral de la salud
   b. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
   c. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa
   d. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
   e. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST
   f. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
   g. Todas las anteriores

3. Que hacer en caso de emergencia
   a. Salir Corriendo, gritar, no seguir las instrucciones del brigadista
   b. Mantener la calma, seguir las instrucciones del brigadista, Ubicar el punto de encuentro., Ubicar el kit de emergencia
   c. Rescatar personal sin mirar los riesgos a los que estoy expuesto
   d. Todas las anteriores

4. Parte de las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, pueden ser
   a. Apoyar en temas de recursos humanos.
   b. Realizar investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
   c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados.
   d. b y c son correctas.
   e. Ninguna de las anteriores

5 Accidente de trabajo es:
   a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Todo estado patológico derivado de la clase de trabajo.
   c. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa.
   d. Todas las anteriores

6. Enfermedad profesional es:
   a. Resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
   b. Cualquier patología que se presente dentro o fuera del trabajo
   c. a y b son correctas
   d. Ningunas de las anteriores

7 Responsabilidad de la empresa
   a. Afiliar al personal al Sistema de seguridad social (EPS, FP, CCF, ARL)
   b. Suministro de epp y dotación
   c. Capacitar al personal
   d. Todas las anteriores

8 A qué tipo de peligros está expuesto en su trabajo? Mencione 3.
Riesgo eléctricos y. sobre esfuerzo aspiracion de humos machucones

9 Desde mi lugar de trabajo que acciones puedo tomar para prevenir accidentes
Utilizar los EPPS todas dentricios utilizar Respirador tener buenas posturas a la hora de levantar cargas

**RESULTADOS OBTENIDOS**

| | |
|---|---|
| RESPUESTAS CORRECTAS | 100 |

| | |
|---|---|
| Entre 8 y 9 | Demuestra conocimientos del tema |
| Entre 6 y 7 | Demuestra parcialmente conocimientos del tema |
| Entre 0 a 2 | No demuestra conocimientos del tema, debe reprogramarse el entrenamiento |

~~073~~
341

| CIVIT | FORMATO | Codigo: FO-SST-012 |
|---|---|---|
| | SOCIALIZACION DE INDUCCION | Versión: 0 1 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE TRABAJADOR: | German Gomez H | FECHA: | |
| CARGO: | Soldador | HORA: | |
| CONTRATISTA: | JSP | | |

| TEMA O ASPECTO ESPECIFICO | SI | NO |
|---|---|---|
| * Usted recibió información sobre: | | |
| Normas y reglamento interno de CIVITARQ SAS | ✓ | |
| Políticas en seguridad y salud en el trabajo, drogas y alcohol | ✓ | |
| Reglamento de higiene y seguridad en el tabajo | ✓ | |
| Riesgos asociados en el proyecto u oficina | ✓ | |
| Conductos regulares para la solicitud de permisos y citas médicas | ✓ | |
| Afiliación a la ARL, Salud y pensión y sitios de atención | ✓ | |
| Respeto a sus superiores y compañeros | ✓ | |
| Aspectos generales y legales en seguridad y salud en el trabajo | ✓ | |
| Plan de emergencias, rutas de evacuación y puntos de encuentro | ✓ | |
| Plan a seguir en caso de accidente laboral | ✓ | |
| Teléfonos de emergencia | ✓ | |
| Sabe a quien acudir en caso de emergencia | ✓ | |
| Uso obligatorio de elementos de protección personal | ✓ | |
| Orden y aseo de la obra y sitio de trabajo | ✓ | |
| Firma obligatoria de los permisos de trabajo para ejercer su labor | ✓ | |
| Responsabilidad en el uso de equipos de alturas Arnés, Líneas de vida entre otros | ✓ | |
| Responsabilidad en el uso de herramientas y dotación | ✓ | |
| Es usted competente para la realización de sus actividades y o cargo a desempeñar | ✓ | |
| Está enterado de los procedimientos de trabajo de su cargo | ✓ | |
| Tiene pleno conocimiento de donde ubicar los elementos de trabajo en aturas como son arnes, líneas de vida, mosquetones, frenos, slingas | ✓ | |
| Tiene entrenamiento en alturas y conoce los riesgos asociados a este trabajo | ✓ | |
| Se compromete a desempeñar su cargo con toda la seguiridad y cumpliendo todas las normas en seguridad y salud en el trabajo | ✓ | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) fue clara al exponer los temas | ✓ | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) respondió adecuadamente sus preguntas | ✓ | |

Lo que más le gustó de la inducción fue: _____

Confirmo que he recibido información de todos los riesgos por parte de CIVITARQ SAS para el proyecto u oficina:

Cual es su nivel de satisfacción respecto a la inducción? Marque con una X

Muy satisfecho [ ] Satisfecho [ ] Regular [ ] Insatisfecho [ ]

Sugerencias y Recomendaciones _____

NOMBRE TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA RESIDENTE SST

| CIVIT | FORMATO | Codigo: FO-SST-014 |
|---|---|---|
| | NOTIFICACION DE RIESGOS | Versión: 01 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

## CENTRO CULTURAL Y COMUNITARIO DEL MUPIO DE CHIA

Notificación de riesgo a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

**Elementos de Protección personal del cargo:** Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carnaza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

**Cargo:** X Soldador

**Factores de riesgo existentes:**

- [x] Físicos: Ruido, temperatura, calor, frio radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación
- [x] Químicos: humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado
- [x] Biológicos: animales (perros), insectos (abejas), bacterias, (falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas)
- [x] Psicolaboral: contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia), estrés laboral, cansancio físico.
- [x] Natural: inundaciones, movimientos sísmicos
- [x] Ergonómico: carga estática (postura de pie); malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro.
- [x] Mecánico: atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto.
- [x] Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control
- [x] Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo
- [x] Seguridad física: orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
- [x] Seguridad vial: accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción
- [x] Otros:

**ACCIONES PREVENTIVAS**

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético, visiometria, audiometría y espirometrometria
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación de conocimiento en el área.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

| | |
|---|---|
| **Nombre y Apellidos** | Germán Gomez H. |
| **Cedula:** | 9128906 |
| **Firma:** | |
| **Fecha:** | 20-11-2023 |

342

| CIVIT | FORMATO | Codigo: FO-SST-013 |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Versión: 01 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

| FECHA: | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: | Germán Gomez. | No IDENTIFICACIÓN: | |
| CARGO: | Soldador | TELEFONO: | |
| PROYECTO / SEDE | Centro Cultural comunitario | | |

**SELECCIONE LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA**

1. Las políticas con las que cuenta la empresa son:

   a. Política de calidad, política integrada de gestión, política de sostenibilidad y política de riesgo público.
   b. Política de riesgo público, política de seguridad vial, política de sostenibilidad, política de riesgo psicosocial.
   c. Política integrada de seguridad y salud en el trabajo Y Políticas de prevención de alcohol, tabaquismo, y sustancias psicoactivas, Política de riesgo Psicosocial.
   d. Ninguna de las anteriores

2. Es responsabilidad SST de los trabajadores:

   a. Procurar el cuidado integral de la salud
   b. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
   c. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa
   d. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
   e. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST
   f. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
   g. Todas las anteriores

3. Que hacer en caso de emergencia

   a. Salir Corriendo, gritar, no seguir las instrucciones del brigadista
   b. Mantener la calma, seguir las instrucciones del brigadista, Ubicar el punto de encuentro., Ubicar el kit de emergencia
   c. Rescatar personal sin mirar los riesgos a los que estoy expuesto
   d. Todas las anteriores

4. Parte de las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, pueden ser

   a. Apoyar en temas de recursos humanos.
   b. Realizar investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
   c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados.
   d. b y c son correctas.
   e. Ninguna de las anteriores

5. Accidente de trabajo es:

   a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Todo estado patológico derivado de la clase de trabajo.
   c. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa.
   d. Todas las anteriores

6. Enfermedad profesional es:

   a. Resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
   b. Cualquier patología que se presente dentro o fuera del trabajo
   c. a y b son correctas
   d. Ningunas de las anteriores

7. Responsabilidad de la empresa

   a. Afiliar al personal al Sistema de seguridad social (EPS, FP, CCF, ARL)
   b. Suministro de epp y dotación
   c. Capacitar al personal
   d. Todas las anteriores

8. A qué tipo de peligros está expuesto en su trabajo? Mencione 3.

   Humo metalico
   Riesgo electrico
   Riesgo ergonomico

9. Desde mi lugar de trabajo que acciones puedo tomar para prevenir accidentes

   utilizando los EPP-
   inspeccionando area de trabajo y herramienta de trabajo

**RESULTADOS OBTENIDOS**

| RESPUESTAS CORRECTAS | 100 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Entre 8 y 9 | Demuestra conocimientos del tema |
| Entre 6 y 7 | Demuestra parcialmente conocimientos del tema |
| Entre 0 a 2 | No demuestra conocimientos del tema, debe reprogramarse el entrenamiento |

| CIVITARQ | FORMATO | Cogigo: FO-SST-012 |
|---|---|---|
| | SOCIALIZACION DE INDUCCION | Versión: 0 1 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

NOMBRE TRABAJADOR: Carlos H. Morales FECHA: 20-11-2023

CARGO: SOLDADOS HORA:

CONTRATISTA: JSP

| TEMA O ASPECTO ESPECIFICO | SI | NO |
|---|---|---|
| *** Usted recibió información sobre:** | | |
| Normas y reglamento interno de CIVITARQ SAS | ✓ | |
| Politicas en seguridad y salud en el trabajo, drogas y alcohol | ✓ | |
| Reglamento de higiene y seguridad en el tabajo | ✓ | |
| Riesgos asociados en el proyecto u oficina | ✓ | |
| Conductos regulares para la solicitud de permisos y citas médicas | ✓ | |
| Afiliación a la ARL, Salud y pensión y sitios de atención | ✓ | |
| Respeto a sus superiores y compañeros | ✓ | |
| Aspectos generales y legales en seguridad y salud en el trabajo | ✓ | |
| Plan de emergencias, rutas de evacuación y puntos de encuentro | ✓ | |
| Plan a seguir en caso de accidente laboral | ✓ | |
| Teléfonos de emergencia | ✓ | |
| Sabe a quien acudir en caso de emergencia | ✓ | |
| Uso obligatorio de elementos de protección personal | ✓ | |
| Orden y aseo de la obra y sitio de trabajo | ✓ | |
| Firma obligatoria de los permisos de trabajo para ejercer su labor | ✓ | |
| Responsabilidad en el uso de equipos de alturas Arnés, Líneas de vida entre otros | ✓ | |
| Responsabilidad en el uso de herramientas y dotación | ✓ | |
| Es usted competente para la realización de sus actividades y o cargo a desempeñar | ✓ | |
| Está enterado de los procedimientos de trabajo de su cargo | ✓ | |
| Tiene pleno conocimiento de donde ubicar los elementos de trabajo en aturas como son arnes, líneas de vida, mosquetones, frenos, slingas | ✓ | |
| Tiene entrenamiento en alturas y conoce los riesgos asociados a este trabajo | ✓ | |
| Se compromete a desempeñar su cargo con toda la seguridad y cumpliendo todas las normas en seguridad y salud en el trabajo | ✓ | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) fue clara al exponer los temas | ✓ | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) respondió adecuadamente sus preguntas | ✓ | |

Lo que más le gustó de la inducción fue: _____

Confirmo que he recibido información de todos los riesgos por parte de CIVITARQ SAS para el proyecto u oficina:

Cual es su nivel de satisfacción respecto a la inducción? Marque con una X

Muy satisfecho [ ] Satisfecho [ ] Regular [ ] Insatisfecho [ ]

Sugerencias y Recomendaciones _____

Carlos H. Morales
NOMBRE TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA RESIDENTE SST

343
~~075~~

| CIVITARQ | FORMATO | Código: FO-SST-014 |
|---|---|---|
| | NOTIFICACION DE RIESGOS | Versión: 01 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

**CENTRO CULTURAL Y COMUNITARIO DEL MUPIO DE CHIA**

Notificación de riesgo a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

**Elementos de Protección personal del cargo:** Botas caucho o de material con puntera de acero, guantes de carneza o de caucho, casco de seguridad ANSI Z89.1, protección auditiva tipo inserción o de copa, tapabocas, gafas de seguridad ANSI 87.1, overol de trabajo . Para trabajos especiales como en altura, soldadura o en espacios confinados se entregaran los EPP's según procedimiento seguro de trabajo.

**Factores de riesgo existentes:**

**Cargo:** X Soldador

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Físicos: Ruido, temperatura, calor, frio radiaciones (Radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación | 1 | Mecánico: atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto. |
| 1 | Químicos: humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado | 1 | Eléctrico: baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control |
| 1 | Biológicos: animales (perros), insectos (abejas), bacterias, (falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas) | 1 | Locativos: superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo |
| 1 | Psicolaboral: contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico. | 1 | Seguridad física: orden público (robo de objetos personales y de trabajo) |
| 1 | Natural: inundaciones, movimientos sísmicos | 1 | Seguridad vial: accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía; exceso de confianza en la conducción |
| 1 | Ergonómico: carga estática (postura de pie); malas posturas para hacer levantamientos de cargas, levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro. | 1 | Otros: |

**ACCIONES PREVENTIVAS**

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis en sistema musculo esquelético,visiometria, audiometría y espirometrometría
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica, no lo haga sino cuenta con la certificación de conocimiento en el área.
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra
13. Evite dejar herramientas en las áreas de trabajo cuando no las esté utilizando ,ubíquela en el lugar correspondiente
14. No olvide revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
15. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 24 horas

| | |
|---|---|
| Nombre y Apellidos | Carlos H. Morales |
| Cedula: | 94.411.343 |
| Firma: | |
| Fecha: | 20-11-2023 |

| CIVITARQ | FORMATO | Codigo: FO-SST-013 |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | Versión: 01 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

| FECHA: | 20-11-2023 | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: | Emilse H. Montes | No IDENTIFICACIÓN: | 94434143 |
| CARGO: | Soldador | TELEFONO: | 313 403 24 93 |
| PROYECTO / SEDE | | | |

**SELECCIONE LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA**

1. Las políticas con las que cuenta la empresa son:
   a. Política de calidad, política integrada de gestión, política de sostenibilidad y política de riesgo público.
   b. Política de riesgo público, política de seguridad vial, política de sostenibilidad, política de riesgo psicosocial.
   c. Política integrada de seguridad y salud en el trabajo Y Políticas de prevención de alcohol, tabaquismo, y sustancias psicoactivas, Política de riesgo Psicosocial.
   d. Ninguna de las anteriores

2. Es responsabilidad SST de los trabajadores:
   a. Procurar el cuidado integral de la salud
   b. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud
   c. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa
   d. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST
   e. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST
   f. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo
   g. Todas las anteriores

3. Que hacer en caso de emergencia
   a. Salir Corriendo, gritar, no seguir las instrucciones del brigadista
   b. Mantener la calma, seguir las instrucciones del brigadista, Ubicar el punto de encuentro., Ubicar el kit de emergencia
   c. Rescatar personal sin mirar los riesgos a los que estoy expuesto
   d. Todas las anteriores

4. Parte de las funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, pueden ser
   a. Apoyar en temas de recursos humanos.
   b. Realizar investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
   c. Realizar inspecciones y proponer controles a factores de riesgos identificados.
   d. b y c son correctas.
   e. Ninguna de las anteriores

5. Accidente de trabajo es:
   a. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   b. Todo estado patológico derivado de la clase de trabajo.
   c. Toda lesión que ocurra fuera de la empresa.
   d. Todas las anteriores

6. Enfermedad profesional es:
   a. Resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
   b. Cualquier patología que se presente dentro o fuera del trabajo
   c. a y b son correctas
   d. Ningunas de las anteriores

7. Responsabilidad de la empresa
   a. Afiliar al personal al Sistema de seguridad social (EPS, FP, CCF, ARL)
   b. Suministro de epp y dotación
   c. Capacitar al personal
   d. Todas las anteriores

8. A qué tipo de peligros está expuesto en su trabajo? Mencione 3.
   QUEMADURAS
   SOBRE ESFUERZO
   ASFIXIACION RIESGO ELECTRICO.

9. Desde mi lugar de trabajo que acciones puedo tomar para prevenir accidentes
   USAR GUANTES

**RESULTADOS OBTENIDOS**

| RESPUESTAS CORRECTAS | 100 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Entre 8 y 9 | Demuestra conocimientos del tema |
| Entre 6 y 7 | Demuestra parcialmente conocimientos del tema |
| Entre 0 a 2 | No demuestra conocimientos del tema, debe reprogramarse el entrenamiento |

344
076

| CIVIT | FORMATO | Cogigo: FO-SST-012 |
|---|---|---|
| | SOCIALIZACION DE INDUCCION | Versión: 0 1 |
| | | Fecha Elaboración/ Modificación: 14/10/2023 |

NOMBRE TRABAJADOR: Luis Barrero FECHA: 20-11-2023.
CARGO: Ayudante HORA:
CONTRATISTA: JS

| TEMA O ASPECTO ESPECIFICO | SI | NO |
|---|---|---|
| *** Usted recibió información sobre:** | | |
| Normas y reglamento interno de CIVITARQ SAS | / | |
| Politicas en seguridad y salud en el trabajo, drogas y alcohol | / | |
| Reglamento de higiene y seguridad en el tabajo | / | |
| Riesgos asociados en el proyecto u oficina | / | |
| Conductos regulares para la solicitud de permisos y citas médicas | / | |
| Afiliación a la ARL, Salud y pensión y sitios de atención | / | |
| Respeto a sus superiores y compañeros | / | |
| Aspectos generales y legales en seguridad y salud en el trabajo | / | |
| Plan de emergencias, rutas de evacuación y puntos de encuentro | / | |
| Plan a seguir en caso de accidente laboral | / | |
| Teléfonos de emergencia | / | |
| Sabe a quien acudir en caso de emergencia | / | |
| Uso obligatorio de elementos de protección personal | / | |
| Orden y aseo de la obra y sitio de trabajo | / | |
| Firma obligatoria de los permisos de trabajo para ejercer su labor | / | |
| Responsabilidad en el uso de equipos de alturas Arnés, Líneas de vida entre otros | / | |
| Responsabilidad en el uso de herramientas y dotación | / | |
| Es usted competente para la realización de sus actividades y o cargo a desempeñar | / | |
| Está enterado de los procedimientos de trabajo de su cargo | / | |
| Tiene pleno conocimiento de donde ubicar los elementos de trabajo en aturas como son arnes, líneas de vida, mosquetones, frenos, slingas | / | |
| Tiene entrenamiento en alturas y conoce los riesgos asociados a este trabajo | / | |
| Se compromete a desempeñar su cargo con toda la seguiridad y cumpliendo todas las normas en seguridad y salud en el trabajo | / | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) fue clara al exponer los temas | / | |
| La persona que realizó la inducción (residente SISOMA) respondió adecuadamente sus preguntas | / | |

Lo que más le gustó de la inducción fue: _____

Confirmo que he recibido información de todos los riesgos por parte de CIVITARQ SAS para el proyecto u oficina:

Cual es su nivel de satisfacción respecto a la inducción? Marque con una X

Muy satisfecho ____ Satisfecho ____ Regular ____ Insatisfecho ____

Sugerencias y Recomendaciones _____

Luis Barrero
NOMBRE TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA RESIDENTE SST