DG CONSTRUCTORES	**FORMATO DE INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE ESCALERAS**	CÓDIGO: SS.FO.07 VERSIÓN: 0 PÁGINA: 1 de 1

DATOS GENERALES

FECHA	**23/09/2023**			**PROYECTO**	**ICBF CUBIERTA**	**RESPONSABLE**	**DG CONSTRUCTORES SAS**

INSPECCION PREOPERACIONAL	**SI**	**NO**	**INSPECCION PREOPERACIONAL**	**SI**	**NO**
Escalera Sencilla	X		Codigo HV-_____		X
Escalera de Extension		X	Posee el Permiso para Trabajo en Alturas	X	
Escalera de Tijera		X	Posee ATS/ARO	X	
ANALISIS DE RIESGOS	**SI**	**NO**	**ANALISIS DE RIESGOS**	**SI**	**NO**
Caidas de distinto nivel	X		La escalera puede hacer contacto electrico		X
Machucones, cortadas,		XXXXXXXX	Caida de objetos	X	
Hay exposición a factores climaticos	X		Otro? Cual?		

CONDICIONES DE OPERACIÓN DE LA ESCALERA

	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO		
LISTA DE CHEQUEO	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**	**SI**	**NO**	**N/A**
¿La escalera se encuentra limpia, libre de grasas, oxido y otras sustancias químicas?													X								
¿La escalera es certificada y dielectrica?													X								
¿Las zapatas de la escalera se encuentran en buen estado, no presentan desprendimientos de goma, desgaste y son antideslizantes?													X								
¿Los peldaños se encuentran libres de golpes, torsiones, fracturas, vencimientos o perforaciones y están completos?													X								
¿Los parales laterales de la escalera estan libres de golpes, torsiones, fracturas, vencimientos o perforaciones?													X								
¿Los dispositivos de unión extendido (Escalera tipo tijera), se encuentran fijos y en buen estado?													X								
¿Se verificó que los remaches de cada paso se encuentren completos y en buenas condiciones?													X								
¿El sistema de polea y de cuerda se encuentra en optimas condiciones para su uso?															**X**						
¿Las guias o rieles se encuentran en buen estado, con deslizamiento adecuado?													X								
¿Los trabapeldaños se encuentran completos, con respectivos seguros y estos no presentan ningún tipo de deterioro?													X								
¿El área donde se va a ubicar la escalera, se encuentra despejada y permite que este nivelada?													X								
¿Se aseguró que la escalera se encuentre estable para poder acceder a ella de forma segura?													X								
¿Se cuenta con la respectiva señalizacion en el lugar de trabajo?													X								

OBSERVACIONES:

ESCALERA APTA PARA USO	**X**	**ESCALERA NO APTA PARA USO**	

QUIEN REALIZA LA INSPECCION

NOMBRE:NICOLAS PENA	**CARGO: PROFESIONAL HQ**	**FIRMA**
C.C. 1093906131		*NICOLAS PEÑA*

QUIEN ATIENDE LA INSPECCION

NOMBRE:	**CARGO:**	**FIRMA**
C.C.		

DG CONSTRUCTORES	**FORMATO DE INSPECCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS**		CÓDIGO: SS.FO.01
			VERSIÓN: 0
FECHA DE ELABORACIÓN	12/04/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	N/A	PÁGINAS: 4

1.ARNES	2.ESLINGA "Y"	3.ESL POSICIONAMIENTO	4.CASCO	5.TIE OFF	6.FRENO	7.MOSQUETON	8.LINEA DE VIDA	9.POLEA	10. Descendedor OCHO	11. Descendedor ID/RIG
										

CONVENCIONES:						
CUMPLE	✓	NO CUMPLE	X	NO APLICA	N/A	NOMBRE DE QUIEN USA EL EQUIPO:
MES: 23/09/23		ACTIVIDAD: MANRENIMIENTO CUBIERTA ICBF				PROYECTO:

1. ARNÉS CUERPO COMPLETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**									
MH48605/MH48605	**4213/4212**		75968/75969										jun-21																		
Correas en cinta plana o reata minimo de 41 mm de ancho, entera y libre de fibras rotas deshilachamientos rasgaduras o cortes (igual o mayor a 1 mm)			X	X																											
Correas en cinta plana o reata libre de quemaduras, descoloramientos por químicos marchas fuertes o con presencias de bacterias.			X	X																											
Los puntos donde las correas hacen contacto con la hebillas y argollas están libres deshilachamientos, rasgaduras o cortes (igual o mayor a 1mm)			X	X																											
Correas libres de grapas, cintas adhesivas o hilos diferentes a los de fabrica.			X	X																											
El hilo de las costuras son de color diferente al de las correas, están completas, sin presentar más puntadas consecutivas sueltas.			X	X																											
Las partes metalicas como argollas en "D" y hebillas (acople sencillo, de inyección y/o tambor) sin corrosión, torceduras, fisuras, flios, partes desgastadas o sueltas.			X	X																											
Posee las etiquetas con la información legible (fecha de fabricación, certificación que cumple el arnés, limitaciones del arnés y fechas de inspecciones anteriores.			X	X																											

2. ESLINGA CON ABSORBEDOR DE ENERGIA SENCILLA Y/O DOBLE "Y"	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**									
La cinta tubular, plana o reata, resortada, cuerda están libres de fibras rotas , deshilachamientos, rasgaduras o cortes (igual o mayor a 1mm), quemaduras, descoloramientos por químicos, machas fuertes o con presencia de bacterias.			X	X																											
El hilo de las costuras son de color diferente al de las correas, están completas, sin presentar más puntadas consecutivas sueltas.			X	X																											
El ojo del empalme de la cuerda o cinta posee el ojete plastico fijado firmemente libre de cortes, puntas afiladas, deformación o roturas.			X	X																											
Los indicadores de impacto o fusibles están completos y sin muestra de impacto evidente			X	X																											
Los ganchos de seguridad o mosquetones están operativos libres de fisuras, filos rebabas, deformidades, doblamientos o abolladuras. Se encuentran marcados con 5M o más.			X	X																											
Los ganchos de seguridad o mosquetones están operativos libres de corrosiones o contaminaciones que afecten su funcionamiento. La cerradura y el seguro operan fácilmente y cierra completamente. El seguro previene que el gancho abra accidentalmente.			X	X																											
El paquete del absorberdor de energia esta libre de agujeros o rasgaduras u otra señal que indique impacto de la eslinga.			X	X																											
Los absorbedores de energia de la eslingas en cinta tubular, están libres de bultos, decoloraciones, roturas, resquebrajamientos, deshilachamientos. El recogido del tubular y la etiqueta identificadora de impacto están firmes.			X	X																											
Posee las etiquetas con la información legible (fecha de fabricación, certificación que cumple el arnés, limitaciones del arnés y fechas de inspecciones anteriores.			X	X																											

3. ESLINGA DE POSICIONAMIENTO			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**										
La cinta tubular, plana o reata, resortada, cuerda están libres de fibras rotas , deshilachamientos, rasgaduras o cortes (igual o mayor a 1mm), quemaduras, descoloramientos por químicos, machas fuertes o con presencia de bacterias.																																	
El hilo de las costuras son de color diferente al de las correas, están completas, sin presentar más puntadas consecutivas sueltas.																																	
El ojo del empalme de la cuerda o cinta posee el ojete plastico fijado firmemente libre de cortes, puntas afiladas, deformación o roturas.																																	
Los ganchos de seguridad o mosquetones están libres de fisuras, filos, rebabas, deformidades, doblamiento o abolladuras. Se encuentran contramarcados con 5M o más.																																	
Los ganchos de seguridad o mosquetones están operativos libres de corrosiones o contaminaciones que afecten su funcionamiento. La cerradura y el seguro operan fácilmente y cierra completamente. El seguro previene que el gancho abra accidentalmente.																																	
Posee las etiquetas con la información legible (fecha de fabricación, certificación que cumple el arnés, limitaciones del arnés y fechas de inspecciones anteriores.																																	
4.CASCO DE SEGURIDAD PARA EL TRABAJO EN ALTURAS			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**										
El casco cumple con las especificaciones técnicas para trabajo en alturas (Res.1409 de 2012 y NTC 1523 Cascos de seguridad industrial")			X	X																													
La araña del casco se encuentra completa, sin roturas ó uniones de cualquier tipo y se encunetran aseguradas de manera adecuada al casco.			X	X																													
El barbuquejo posee un sistema de ajuste que no ofrezca riesgo y que permita una regulación firme y de facil accionamiento, esta ajustado a minimo 3 puntos en el casquete.			X	X																													
El caquete plastico rigido se encuentra totalmente liso, sin deformaciones , quemaduras, orificios, el barbuquejo, la araña, tapaoidos y banda absorbedora de sudor se ajustan de manera adecuada al casquete.			X	X																													
Cuenta con el casquete interno en poliestireno, este se encuentra en optimas condiciones y completo.			X	X																													
Entre la suspensión y el casquete debe existir un espacio suficiente que permita la circulación de aire y la amortiguación de los impactos.			X	X																													
La perilla (Rachet) de graduación funciona de manera adecuada permitiendo ajustar de acuerdo a la persona que lo usa.			X	X																													
La banda absorbedora de sudor esta completa, ajusta al casquete, sin roturas ni uniones inadecuadas.			X	X																													
El casco posee las oberturas para su ventilación así como el aislante.			X	X																													
5. TIE OFF O MECANISMOS DE ANCLAJE PORTATIL			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**										
La cinta tubular, plana o reata, resortada, cuerda están libres de fibras rotas , deshilachamientos, rasgaduras o cortes (igual o mayor a 1mm), quemaduras, descoloramientos por químicos, machas fuertes o con presencia de bacterias.																																	
El hilo de las costuras son de color diferente al de las correas, están completas, sin presentar más puntadas consecutivas sueltas.																																	
Las partes metalicas como argollas en "D" sin corrosión, torceduras, fisuras, filos, partes desgastadas o sueltas.																																	
Las argollas "D" contramarcadas con la resistencia minima de 5M																																	
Posee las etiquetas con la información legible (fecha de fabricación, certificación que cumple el Tie off, limitaciones del Tie Off y fechas de inspecciones anteriores.																																	
Posee la etiqueta.																																	
6. FRENO O CONECTOR PARA TRANSITO VERTICAL			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**										
Las estrias de frenado mantienen su labrado y están libres de desgastes que afecten su operación																																	

Los remaches no están sueltos ni reventados, de forma que compromentan su funcionamiento.																																	
Los resortes y sistemas de bloqueo, funcionan de forma normal y permiten sus debidos retrocesos y operación.																																	
El aspecto general del freno (color y forma) se conserva normal. Se encuentra contramarcado con su capacidad y flecha que indica el sentido de la operación.																																	
Posee la etiqueta.																																	
7. MOSQUETONES CON CIERRE DE BLOQUEO AUTOMATICO			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**										
Los mosquetones están libres de fisuras, filos, rebabas, deformidades, doblamientos, o abolladuras. Se encuentran contramarcados con 5M- 22Kn o más.			X	X																													
Los mosquetones están operativos libres de corrosiones o contaminaciones que afecten su funcionamiento. La cerradura y el seguro operan fácilmente y cierran completamente. El seguro previene que el mosquetón abra accidentalmente.			X	X																													
Los remaches no están sueltos ni reventados, de forma que compromentan su funcionamiento.			X	X																													
Los resortes y el seguro funcionan de forma normal y permiten su operación.			X	X																													
Posee la etiqueta.																																	
8. LINEAS DE VIDA HORIZONTALES O VERTICALES PORTÁTILES			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**										
La cuerda está libre de fibras rotas, deshilachamientos, rasgaduras o cortes (igual o mayor a 1mm), quemaduras, descoloramientos por químicos, manchas fuertes o con presencia de bacterias.			X	X																													
El ojo del empalme de la cuerda o cinta posee el ojete plastico fijado firmemente libre de cortes, puntas afiladas, deformación o roturas.			X	X																													
Los ganchos de seguridad o mosquetones están libres de fisuras, filos, rebabas, deformidades, doblamiento o abolladuras. Se encuentran contramarcados con 5M o más.			X	X																													
Los ganchos de seguridad o mosquetones, estan libres de corrosiones o contaminaciones que afecten su funcionamiento. La cerradura y el seguro operan facilmente y cierran completamente. El seguro previene que el gancho se abra accidentalmente.			X	X																													
El paquete absorbedor de energia está libre de agujeros o rasgaduras u otra señal que indique impacto en la linea de vida.			X	X																													
El tensor winche manual o contrapeso, se encuentra en buenas condiciones operativas.			X	X																													
Posee la etiqueta.			X	X																													
9. POLEAS			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**										
El estado de las placas laterales es óptimo, sin dobleces, agrietamientos, los ojos de conexión se encuentran en buen estado.																																	
La roldana intermedia se encuentra en óptimas condiciones sin dobleces, agrietamientos, los ojos de conexión se encuentran en buen estado.																																	
Los ojos de la polea se encuentran operativos, están asegurados de manera adecuada a las placas laterales.																																	
Los rodamientos permiten la rotación de los componentes sin complicaciones, se encuentran lubricados																																	
Los cojinetes de los rodamientos se encuentran lubricados y están operativos																																	
La polea se encuentra libre en general de fisuras, deformaciones, corrosión.																																	
10. Descendedor OCHO			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REFERENCIA	**CODIGO DEL EQUIPO**	**CODIGO ASIGNADO**	**LOTE**										**FECHA FABRICACIÓN**										**MARCA**										

Los ochos están libres de fisuras , filos, rebabas, deformidades, doblamientos o abolladuras. Se encuentran contramarcados con 5M-22 Kn ó más.																																			
El aspecto general del ocho (color y forma) se conserva normal. Se encuentra contramarcado con su capacidad.																																			
Se encuentra libre en general de fisuras, deformaciones, corrosión, dobleces o agrietamientos.																																			
No presenta desgaste excesivo en ninguna de sus áreas de contacto con las cuerdas.																																			
11. Descendedor ID/RIG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				

REFERENCIA	CODIGO DEL EQUIPO	CODIGO ASIGNADO	LOTE	FECHA FABRICACIÓN	MARCA

Compruebe el estado de la placa lateral movil (marcas, deformaciones, suciedad, fisuras, desgastes.)																																			
Compruebe el estado del gatillo y la eficacia del muelle.																																			
Compruebe la apertura y el cierre de la placa movil lateral.																																			
Compruebe la holgura y la deformación de la placa lateral movil: si la placa puede pasar por encima de la cabeza del eje de la leva, deje de utilizar el producto.																																			
Compruebe el estado del orificio de conexión (marcas, fisuras, deformaciones , corrosión)																																			
Compruebe el estado de los remaches (marcas, deformaciones, fisuras, corrosión, ausencia de holgura)																																			
Compruebe el estado de la leva y se su eje (marcas, deformaciones, suciedad, fisuras, corrosión)																																			
Testigo de desgaste: Si la garantía está desgastada hasta el testigo de desgaste deje de utilizar el ID																																			
Compruebe la rotación de la leva y la eficacia del muelle de retorno																																			
Compruebe el estado del patin (marcas, deformaciones, suciedad, fisuras)																																			
Compruebe el estado de la leva indicadora de error (marcas, deformaciones, fisuras, corrosión, así como la presencia de todos los dientes y su estado de desgaste. Los dientes no deben tener suciedad.																																			
Estado de la empuñadura (marcas, deformaciones, fisuras. Compruebe que todas las posiciones de la empuñadora son accesibles y están marcadas.																																			
Compruebe el correcto funcionamiento del botón de posicionamiento horizontal.																																			

CUANDO ALGUNA DE LAS CONDICIONES DE LA ANTERIOR LISTA DE CHEQUEO DE COMO RESULTADO (NO CUMPLE), SE DEBE SOLICITAR LA REPOSICIÓN DEL EQUIPO INMEDIATAMENTE.

***OBSERVACIONES:**

JOHAN LAGOS
FIRMA COORDINADOR DE ALTURAS

NICOLAS PEÑA
FIRMA COORDINADOR HSE

	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO ATS				CÓDIGO:	SS.FO.03
					VERSIÓN:	0
	FECHA DE ELABORACIÓN:	11/04/2022	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	N/A	PÁGINA:	1 DE 1

ATS No:	1	**PERMISO DE TRABAJO No:**	1		
PROYECTO / CONTRATO:	CUBIERTA ICBF	**CONTRATISTA:**	DG CONSTRUCTORES SAS		
NOMBRE RESPOSANBLE:		**QUIEN EJECUTA:**	**DG CONSTRUCTORES SAS**		
ACTIVIDAD A REALIZAR:	**MANTENIMIENTO DE CUBIERTA**				
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS:	SILICONA, ANCLAJES	**FECHA DE ELABORACIÓN:**	**DD**	**MM**	**AAAA**
			23	9	2023
EPP REQUERIDOS:	CASCO, ARNESES, ESCALERA,	**DESDE:**	**DD**	**MM**	**AAAA**
			23	9	2023
CONTACTOS DE EMERGENCIA:		**HASTA:**	**DD**	**MM**	**AAAA**
			23	9	2023

ANÁLISIS DE RIESGOS

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS / ACTIVIDADES	PELIGRO	RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL / MEDIDAS PREVENTIVAS	OBSERVACIONES
ASCENDER A CUBIERTA	CAIDA	ALTURAS	EQUIPOS DE PROTECCION	
ASCENDER A CUBIERTA PRINCIPAL	CAIDA	ALTURAS	CHARLA PRE-OPERACIONAL	
MANTENIMIENTO CUBIERTA	CAIDA	ALTURAS	EQUIPOS DE PROTECCION	
			CHARLA PRE-OPERACIONAL	
			EQUIPOS DE PROTECCION	
			CHARLA PRE-OPERACIONAL	

TRABAJADORES QUE ELABORAN EL ANALISIS DE RIESGOS:

Declaro haber participado activamente en la identificación de los peligros, los riesgos y en la definición de las medidas de control que se implementarán antes, durante y después del trabajo que se va a realizar, para garantizar que el personal ejecutor en todo momento pueda realizar la actividad en condiciones seguras.

Nombre	Cédula	Cargo	Firma
JOHAN LAGOS	**1127356325**	OFICIAL	*JOHAN LAGOS*
OSCAR FERRO	**1023927473**	OFICIAL	*OSCAR FERRO*
NICOLAS PENA	**1015421892**	COORDINADOR	*NICOLAS PEÑA*

QUIEN APRUEBA EL ANALISIS DE RIESGOS:

Declaro haber leído y comprendido los peligros, los riesgos y especialmente las medidas de control que se implementarán antes, durante y después del trabajo a realizar. Doy ejemplo demostrando mi liderazgo en seguridad; he creado y asegurado un ambiente y unas condiciones dentro de la obra/lugar, que motivan al personal a trabajar con disciplina y seguridad siguiendo rigurosamente los procedimientos y estándares establecidos.

Nombre	Cédula	Cargo	Firma
JOHAN LAGOS	**1127356325**	OFICIAL	*JOHAN LAGOS*
OSCAR FERRO	**1023927473**	OFICIAL	*OSCAR FERRO*
NICOLAS PENA	**1015421892**	COORDINADOR	*NICOLAS PEÑA*

EJECUTORES QUE PARTICIPAN EN EL TRABAJO:

Declaro haber leído y comprendido los peligros, los riesgos y especialmente las medidas de control que se implementarán antes y durante el trabajo que vamos a realizar, para garantizar un trabajo Seguro. Mi compromiso es: En todo momento comprobaré mi propia seguridad y la de mis compañeros de trabajo. Informaré oportunamente sobre cualquier situación de peligro y respetaré siempre, con disciplina los procedimientos y estándares establecidos.

Nombre	Cédula	Cargo	Firma
JOHAN LAGOS	**1127356325**	OFICIAL	*JOHAN LAGOS*
OSCAR FERRO	**1023927473**	OFICIAL	*OSCAR FERRO*
NICOLAS PENA	**1015421892**	COORDINADOR	*NICOLAS PEÑA*

Nota:
Envíe éste ATS dilegenciado, a la coordinación de HSEQ y retenga una copia para los archivos de su carpeta

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

DG CONSTRUCTORES	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS			CÓDIGO: SS.FO.05 VERSIÓN: 01
	FECHA DE ELABORACIÓN	13/04/2022	FECHA DE ELABORACIÓN	N/A
				PÁGINA: 1 de 2

PROYECTO:	ICBF SOACHA	**NUMERO PERMISO DE TRABAJ**	1
CIUDAD:	SOACHA	**PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR:**	
UBICACIÓN ESPECIFICA:	CENTRO ZONAL ICBF SOACHA		
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:	23/09/2023 7:00		
ACTIVIDAD A REALIZAR		ACTIVIDAD RUTINARIA?	SI ☐ NO ☐
CONTRATISTA SI ☐ NO ☐	**CUAL?**	**Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR**	

I. PERMISO CONCEDIDO A

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

NOMBRE	**CARGO**	**CERTIFICADO**		**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION ANTICAIDAS CERTIFICADO RES.1409/2012**																				**FIRMA**
		SI	**NO**	Casco dieelectrico con barbuqueo 3 puntos	Gafas	P. Auditiva	Respiradores	Botas industrial con puntera de acero y/o dielectrica y zuela antideslizante	Guantes	Anclaje 5000 lb	Anclaje 3600 lb	Arnés de cuerpo entero	Linea de vida Horizontal	Linea de vida Vertical	Mosquetones	Descendedores	Freno	Eslinga con absoredor de energía	Eslinga en Y con absoredor de energía	Eslinga de posicionamiento	Pretales	Poleas	OTROS	
OSCAR FERRO	TRABAJO ALTURAS	X		X	-	-	-	X	X	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
JOHAN LAGOS	TRABAJO ALTURAS	X		X	-	-	-	X	X	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	

II. CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO (T= empleado ejecutante)

CONCEPTO A EVALUAR	**T1**		**T2**		**T3**		**T4**		**T5**		**OBSERVACIONES**
	S	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	
Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	X		X								
Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	X		X								
Recibió entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	X		X								
Afiliaciónes EPS, AFP, ARL al día	X		X								
Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?		X		X							
Ha comido en las últimas 4 horas ?	X										
Cuantas horas durmió antes de iniciar esta jornada?	X		X								
Se retiró cadenas, relojes, pulseras	X		X								
Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?	X		X								
Cual?		X		X							

III. PRECAUCIONES GENERALES - VALIDACION DEL PERMISO DE TRABAJO

CONCEPTO A EVALUAR	**SI**		**NO**		**N/A**		**OBSERVACIONES**
Procedimiento de trabajo seguro divulgado en charla preoperacional	X						
Señalizacion y demarcacion del area de trabajo					X		
Equipos y herramientas verificados y en buenas condiciones	X						
Area limpia para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera	X						
Inspección formal previa de sistema de trabajo de altura, escaleras, andamios, etc.	X						
Se estableció el plan de emergencia incluyendo rescate	X						
Condición atmosférica (viento, lluvia, etc.) adecuada	X						
Control de caída de materiales	X						
Existe interferencia con otro tipo de trabajos			X				
El calzado de seguridad está libre de grasa o barro	X						

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO				**EQUIPO DE EMREGENCIAS Y/O RESCATE**				**SISTEMA DE PROTECCION COLECTIVA**			
Escalera	X	Andamio		Camilla Rigida		Medio comunicación	X	Barandas		Plataformas	
Canastilla		Elevador		Extintor		Botiquín		Redes		Lineas de Advertencia	
OTROS		Cual?		Equipo Rescate Alturas	X			OTROS		Cual?	

LISTA DE CHEQUEO PARA ESCALERAS	SI		NO		N/A		OBSERVACIONES
La escalera está sin defectos, está libre de proyecciones (clavos, tornillos, etc)	X						
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están encajados	X						
La distancia entre la pared y el pie de la escalera deberá ser por lo menos de 1/4 de longitud de la misma.	X						
Hay empalme entre sí de dos o mas escaleras			X				
La longitud máxima de la escalera simple será de cinco metros. En ningún caso sobrepasa esta medida.	X						
La distancia máxima entre travesaño será de cuarenta (40) centímetros	X						
Los travesaños deberán estar apoyados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.	X						
Agarrarse con ambas manos al subir o bajar.	X						
Al subir o bajar hacerlo de frente a la esclera.					X		
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera no es eléctrico					X		
Ellas se proyectan 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?					X		

LISTA DE CHEQUEO PARA ANDAMIOS FIJOS Y MÓVILES	SI		NO		N/A		OBSERVACIONES
El montaje o desmontaje del andamio es hecho por personas autorizadas					X		
El personal a cargo del montaje y desarme de andamios cuenta con la herramienta adecuada					X		
El área de trabajo está señalizada					X		
La Superficie de apoyo (el Piso) es firme y plana es rígida y soporta la carga máxima de diseño, sin hundirse o desplazarse.					X		
El andamio está completo y sus partes no presentan averías ni estan oxidadas					X		
Los tablones estan en buen estado					X		
Los tablones esta asegurados entre si y al andamio					X		
Los tablones cumplen con el espesor (5 cm) y ancho ((26cm)					X		
Los tablones despues de los parales tienen el largo indicado (30 cm)					X		
Andamio diseñado para soportar 4 veces el peso de la totalidad de personas, equipo, materiales					X		
Se asegura que los andamios no sean remolcados por algún vehículo.					X		
Existen líneas eléctricas aéreas en las inmediaciones?					X		
Posee acceso seguro y adecuado? (escalera para subir y bajar)					X		
Zapatas y ruedas correctamente posicionadas y con el freno activo?					X		
Existen líneas eléctricas aéreas en las inmediaciones?					X		

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FEECHA (DD-MM-AA)	VALIDEZ (Horas) DESDE	HASTA	FIRMA RESPONSABLE DEL AREA	FIRMA RESPONSABLE COORDINADOR DE SEGURIDAD
23/09/2023	7:00 a. m.	15:00		NICOLAS PEÑA

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado				El area queda limpia y sin residuos	X		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	X			Se han presentado accidentes Y/o incidentes		X	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales	X			El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		X	
Otros:				Otros:			
NOMBRE Y FIRMA	NICOLAS PEÑA			NOMBRE Y FIRMA			

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
25/05/2023	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscula

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: OSCAR MAURICIO — Apellidos: FERRO CRUZ

Razón social: DG- CONTRUCTORES — Celular: 3204718451

Dirección: CALLE 67 N°17C-58 SUR — C.C: 1.023.927.473 — G.S RH: O+



Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS: SURA	
Masculino☒ Femenino ☐	07/09/1983	29	ARL: SURA	AFP:

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
25/05/2023	TECNICO	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 beneficio 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

Médicas
- ☐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 QU 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 Médico Cirujano R.M. 7052-97 — 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 1023927473

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.

OK validado

Powered by CamScanner

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Acreditado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de Julio de 2022

CERTIFICA QUE:

OSCAR MAURICIO FERRO CRUZ

Con identificación Nº. ***1023927473***

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272 EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de **8 horas** realizadas en Bogotá
Desde **11 de diciembre de 2023** hasta el día **11 de diciembre de 2023**

Empresa que remite al trabajador: **CONSORCIO BURRATA**
NIT POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador 901774282-1
Representante Legal **CARDENAS ECHEVERRI JUAN DAVID**
Sector Económico**: CONSTRUCCION**
Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **11 de diciembre de 2023**

JAVIER ALEXANDER CANO
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° **de Licencia *25 -0937 DE 2018***

La autenticidad de este documento podrá ser validada en

(601) 631 4446
313 413 4807 / 314 563 5027
alturascalle13@gmail.com
Vigilado Ministerio de Trabajo

www.alturasfuerzaintegral.com

Bogotá D.C., febrero 9 de 2024

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que OSCAR MAURICIO FERRO CRUZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1023927473, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S
ENTRENADOR: GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
SEDE DONDE SE FORMÓ: SEDE PRINCIPAL
EMPLEADOR: DOMINGUEZ GAMBOA INGENIEROS CONSTRUCTORES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 05/06/2023 a 05/06/2023
INTENSIDAD HORARIA: 08 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 9 de 2024

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 OK
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
25/05/2023	☒Ingreso ☐Egreso ☐Periódico ☒Altura ☐ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: JOHAN ENRIQUE | Apellidos: LAGOS MEDINA

Razón social: DG CONSTRUCTORA SAS | Celular: 3137153604



Dirección: modelo norte cll 68c # 57-17 | CC: 1.127.356.325 | G.S RH: A+

Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS: COMPENSAR	
Masculino☒ Femenino ☐	15/06/1978	52	ARL: SURA	AFP:

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo
25/05/2023	COORDINADOR	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 mi 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
- ☐Cartilla 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 Especialista En
R.M. 2052-97 L.S.O. 2407 DE 2018
X
DR. Rafael Alberto Gomes Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

X
Paciente
c.c 1127356325

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.

Powered by CamScanner

Bogotá D.C., febrero 9 de 2024

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LAGOS MEDINA JOHAN ENRIQUE, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1127356325, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S
ENTRENADOR: LUZ ADRIANA LOPEZ RUIZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: SEDE PRINCIPAL
EMPLEADOR: DOMINGUEZ GAMBOA INGENIEROS CONSTRUCTORES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 29/05/2023 a 01/06/2023
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 9 de 2024

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Res. 4272/2021 - Res. 1178/2017 - Res. 3368/2014 - Res. 3368/ 2014 - Res. 1409 del 2012

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Acreditado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código CO22.00797 del 05 de Julio de 2022

CERTIFICA QUE:

JOHAN ENRIQUE LAGOS MEDINA

Con identificación Nº. ***1127356325***

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE

REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272 EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de **8 horas** realizadas en Bogotá
Desde **11 de diciembre de 2023** hasta el día **11 de diciembre de 2023**

Empresa que remite al trabajador: **CONSORCIO BURRATA**
NIT POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador 901774282-1
Representante Legal **CARDENAS ECHEVERRI JUAN DAVID**
Sector Económico**: CONSTRUCCION**
Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **11 de diciembre de 2023**

JAVIER ALEXANDER CANO
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° **de Licencia *25 -0937 DE 2018***

La autenticidad de este documento podrá ser validada en

(601) 631 4446
313 413 4807 / 314 563 5027
alturascalle13@gmail.com
Vigilado Ministerio de Trabajo

www.alturasfuerzaintegral.com