RUSSY INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-74 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/06/2019

Fecha:	19-20-2024.	Lugar:	I+S I.
Hora:	7:00 AM.	Tema:	Orden y aseo.
Responsable:	Sandra Santoyo.	Cargo:	Insp SST (pausas activas)

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otra
X				

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELVIS CARPIO	AYUDANTE		WRUSSY
2	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE		WRUSSY
3	ALEXANDER JIMENEZ	AYUDANTE		WRUSSY
4	ELKIN REYES	AYUDANTE		WRUSSY
5	ABELINO MUÑOZ	OFICIAL		WRUSSY
6	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL		WRUSSY
7	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE		WRUSSY
8	DEIBI CARPIO	AYUDANTE		WRUSSY
9	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD		WRUSSY

RUSSY INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CODIGO: FOR-HSE-78
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/06/2019

Fecha:	20-02-2024.	**Lugar:**	ITSI.
Hora:	7:00 AM.	**Tema:**	Que es un ATS.
Responsable:	Sandra Santiago	**Cargo:**	Insp SST (pausas activas)

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro
X				

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis C.	WRUSSY
2	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	Antonio C	WRUSSY
3	ALEXANDER JIMENEZ	AYUDANTE	Alex	WRUSSY
4	ELKIN REYES	AYUDANTE	Elkin Reyes	WRUSSY
5	ABELINO MUÑOZ	OFICIAL	Abelino M	WRUSSY
6	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL	Yesenia Alvarez	WRUSSY
7	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE	Cesar N	WRUSSY
8	DEIBI CARPIO	AYUDANTE	Deiby Carpio	WRUSSY
9	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	YERSON	WRUSSY

RUSSY INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACIÓN 01/06/2019

Fecha:	21-02-2024	**Lugar:**	JTSI
Hora:	7:00 AM.	**Tema:**	Baterias sanitarias
Responsable:	Sandra Santiago	**Cargo:**	Insp SST (pausas activas)

Charla Diaria: X | Entrenamiento: | Inducción: | Capacitación: | Otro:

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis C.	WRUSSY
2	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	Antonio C	WRUSSY
3	ALEXANDER JIMENEZ	AYUDANTE	Alex.	WRUSSY
4	ELKIN REYES	AYUDANTE		WRUSSY
5	ABELINO MUÑOZ	OFICIAL		WRUSSY
6	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL		WRUSSY
7	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE		WRUSSY
8	DEIBI CARPIO	AYUDANTE	Deibi Carpio	WRUSSY
9	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	YERSON	WRUSSY

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/06/2019

Fecha:	22-02-2024.	Lugar:	ITSI
Hora:	7:00 AM.	Tema:	Trabajo en equipo.
Responsable:	Sandra Santiago	Cargo:	Insp SST (pausas activas)

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro
X				

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis CP	WRUSSY
2	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	Antonio-C	WRUSSY
3	ALEXANDER JIMENEZ	AYUDANTE		WRUSSY
4	ELKIN REYES	AYUDANTE		WRUSSY
5	ABELINO MUÑOZ	OFICIAL		WRUSSY
6	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL		WRUSSY
7	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE		WRUSSY
8	DEIBI CARPIO	AYUDANTE	Deibi Carpio	WRUSSY
9	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	YERSON	WRUSSY

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	23-02-2024	**Lugar:**	JTSI
Hora:	7:00 AM	**Tema:**	Golpe de Calor
Responsable:	Sandra Santiago	**Cargo:**	Insp SST (pausas activas)

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro
X				

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis Carpio	WRUSSY
2	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	Antonio C	WRUSSY
3	ALEXANDER JIMENEZ	AYUDANTE	ALEX	WRUSSY
4	ELKIN REYES	AYUDANTE	Elkin Reyes	WRUSSY
5	ABELINO MUÑOZ	OFICIAL		WRUSSY
6	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL		WRUSSY
7	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE		WRUSSY
8	DEIBI CARPIO	AYUDANTE	Deibi Carpio	WRUSSY
9	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	YERSON	WRUSSY

RUSSY INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

Sábado.

CÓDIGO: FOR-HSE-76
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/06/2019

Fecha:	24- 02 2024.	**Lugar:**	JJSI
Hora:	7:00 AM.	**Tema:**	las obras de construcción civil.
Responsable:	Sandra Santiago	**Cargo:**	Insp SST (casco actuos)

Charla Diaria: X | Entrenamiento: | Inducción: | Capacitación: | Otro:

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis	WRUSSY
2	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	Antonio.C	WRUSSY
3	ALEXANDER JIMENEZ	AYUDANTE	Alex	WRUSSY
4	ELKIN REYES	AYUDANTE	Elkin Rey	WRUSSY
5	ABELINO MUÑOZ	OFICIAL	Abelino	WRUSSY
6	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL	———	WRUSSY
7	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE	Cesar	WRUSSY
8	DEIBI CARPIO	AYUDANTE	Deibi Carpio	WRUSSY
9	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	Yerson	WRUSSY

RUSSY INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-76 | VERSION 1 | FECHA APROBACION 01/06/2019

Fecha:	26-02-2024	Lugar:	JTSI
Hora:	7:00 AM	Tema:	Calestenia.
Responsable:	Sandra Santiago	Cargo:	Srip SST (Apoyo actual)

Charla Diaria: X | Entrenamiento:

No.	NOMBRE	Inducción / CARGO	Capacitación / FIRMA	Otro / EMPRESA
1	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis Carpio	WRUSSY
2	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	———	WRUSSY
3	ALEXANDER JIMENEZ	AYUDANTE	Alex	WRUSSY
4	ELKIN REYES	AYUDANTE	Elkin Reyes	WRUSSY
5	ABELINO MUÑOZ	OFICIAL	Abelino Muñoz	WRUSSY
6	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL	———	WRUSSY
7	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE	Cesar Narvaez	WRUSSY
8	DEIBI CARPIO	AYUDANTE	Deiby Carpio	WRUSSY
9	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	———	WRUSSY

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-76 VERSIÓN 1 FECHA APROBACIÓN 01/08/2019

Fecha:	27 /02/2024	Lugar:	I.T.S.I
Hora:	7.00 AM	Tema:	Que es una incapacidad
Responsable:	SANDRA SANTIAGO	Cargo:	INSP SST (pausa activa).

Charla Diaria:	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	CESAR NARUAEZ	ING RESIDENTE		
2	ELVIS CARPIO	AYUDANTE		
3	ALEX JIMENEZ	AYUDANTE	ALEX.	
4	YESENIA ALVAREZ H.	PROF. SOCIAL		
5	ELLAN REYES	AYUDANTE.		
6	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE		
7	SANDRA SANTIAGO	INSP. SST		
8	ABELINO MEJIA	OFICIAL.		
9	DERBY CARPIO AGUDELO	AYUDANTE	DERBY CARPIO	
10	YERSON MARTINEZ	AYUDANTE.	YERSON	

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/06/2018

Fecha:	28-02-2024.	Lugar:	ITST
Hora:	7:00 AM.	Tema:	Precaución en terrenos inestables.
Responsable:	Sandra Santiago	Cargo:	Insp SST (parcial activa)

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro
X				

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis C.P.	WRUSSY
2	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	———	WRUSSY
3	ALEXANDER JIMENEZ	AYUDANTE	Alex	WRUSSY
4	ELKIN REYES	AYUDANTE	Elkin Reyes	WRUSSY
5	ABELINO MUÑOZ	OFICIAL	Abelino	WRUSSY
6	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL	———	WRUSSY
7	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE	(ESNEOP)	WRUSSY
8	DEIBI CARPIO	AYUDANTE	Deiby Carpio	WRUSSY
9	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	Yerson	WRUSSY

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-74
		VERSION 1
		FECHA APROBACION 01/06/2019

Fecha:	29-02-2024.	Lugar:	JTSI
Hora:	7:00 AM.	Tema:	Cuidado de las manos.
Responsable:	Sandra Santiago	Cargo:	Insp SST (parsa actual)

Charla Diaria: X | Entrenamiento: | Inducción: | Capacitación: | Otro:

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis Cp.	WRUSSY
2	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	———	WRUSSY
3	ALEXANDER JIMENEZ	AYUDANTE	Alex	WRUSSY
4	ELKIN REYES	AYUDANTE	Elkin Reyes	WRUSSY
5	ABELINO MUÑOZ	OFICIAL	Abelino Muñoz	WRUSSY
6	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL	Yesenia Alvarez	WRUSSY
7	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE	Cesar Narvaez	WRUSSY
8	DEIBI CARPIO	AYUDANTE	Deibi Carpio	WRUSSY
9	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	Yerson	WRUSSY

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-78
VERSIÓN 1
FECHA APROBACIÓN [illegible]

Fecha:	01- 03- 2024.	Lugar:	ITSI
Hora:	7:00 a. m.	Tema:	Codigo de colores.
Responsable:	SANDRA SANTIAGO	Cargo:	INPS SST (pausas activas)

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro
X				

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELKIN REYES	AYUDANTE	[firma]	WRUSSY
2	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL	YeseniaAlvarez	WRUSSY
3	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE	[firma]	WRUSSY
4	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	YERSON.	WRUSSY
5	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	—	WRUSSY
6	ELVIO CARPIO	AYUDANTE	—	WRUSSY.
7				
8				

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FOR-HSE-78 VERSION 1 FECHA APROBACION 01/08/2019

Fecha:	02-03-2024	Lugar:	ETSI
Hora:	7:00 am	Tema:	Cuidados de los manos
Responsable:	Sandra Santiago	Cargo:	Insp SST (Pausas activas)

Induccion | Entrenamiento | Reinducción | Capacitación | Otro

	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis CP	WRUSSY
	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE		WRUSSY
	~~ALEXANDER JIMENEZ~~	~~AYUDANTE~~	—	WRUSSY
	ELKIN REYES	AYUDANTE	Elkin Reyes	WRUSSY
	~~ABELINO MUÑOZ~~	~~OFICIAL~~	—	WRUSSY
	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL	—	WRUSSY
	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE	CESAR N	WRUSSY
	DEIBI CARPIO	~~AYUDANTE~~	—	WRUSSY
	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	YERSON	WRUSSY

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.

REGISTRO DE ASISTENCIA

CÓDIGO: FOR-HSE-78
VERSION 1
FECHA APROBACION 01/06/2019

Fecha:	04-02-2024	Lugar:	ITSI
Hora:	7:00 a. m.	Tema:	Cuidado del medio Ambiente
Responsable:	SANDRA SANTIAGO	Cargo:	INPS SST
Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación: pausas activas / Otro

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELKIN REYES	AYUDANTE		WRUSSY
2	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL	Yesenia Alvarez	WRUSSY
3	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE	CESAR	WRUSSY
4	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	Yerson.	WRUSSY
5	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE		WRUSSY
6	Elvis Carpio	AYUDANTE	Elvis Carpio	wrussy
7				
8				

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	REGISTRO DE ASISTENCIA	CODIGO: FOR-HSE-78
		VERSION 1
		FECHA APROBACION 01/06/2018

Fecha:	05-03 2024.	Lugar:	ITSI
Hora:	7:00 a. m.	Tema:	la perdida de la biodiversidad
Responsable:	SANDRA SANTIAGO	Cargo:	INPS SST (pausas activas).

Charla Diaria	Entrenamiento	Inducción	Capacitación	Otro

No.	NOMBRE	CARGO	FIRMA	EMPRESA
1	ELKIN REYES	AYUDANTE	Elkin Reyes	WRUSSY
2	YESENIA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL	Yesenia Alvarez	WRUSSY
3	CESAR NARVAEZ	ING. RESIDENTE	CESAR N.	WRUSSY
4	YERSON MARTINEZ	GUARDA DE SEGURIDAD	Yerson.	WRUSSY
5	ANTONIO CARVALLIDO	AYUDANTE	Antonio.C	WRUSSY
6	ELVIS CARPIO	AYUDANTE	Elvis Carpio P.	WRUSSY
7				
8				

ANEXO 6. COPASST

FECHA REUNION: 29/02/2024 **HORA: 9:00 AM** **LUGAR: I.T.S.I BARRANCABERMEJA** **ACTA NO. 12**

REUNIÓN CONVOCADA POR	Sandra Milena Santiago Camacho
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN N° 12- GESTIÓN HSE
CONTRATO N°	**No. 0756-23**
OBJETO DE LA REUNION	"CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DEL COMEDOR Y COCINA DEL INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL EN EL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA"
ORGANIZADOR	Sandra Milena Santiago Camacho
APUNTADOR	Sandra Milena Santiago Camacho
ASISTENTES	Sandra Milena Santiago Camacho

TEMAS DE DISCUSIÓN
1. Reglas Básicas de Seguridad
2. Reglas de Seguridad

DESARROLLO TEMAS DE DISCUSIÓN

1. REGLAS BÁSICAS DE SEGURIDAD

Las reglas básicas de seguridad y salud en el trabajo tienen el objetivo de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales mediante el establecimiento de pautas que todo trabajador debe conocer.

2. Reglas de Seguridad

Regla N°1: Mantén el área de trabajo siempre ordenada y limpia.

Regla N°2: Usa siempre los equipos de protección personal y consérvalos en buenas condiciones.

Regla N°3: Nunca operes los equipos o máquinas que no conozcas. Hay altas probabilidades de sufrir un accidente.

Regla N°4: Realiza las actividades de trabajo de acuerdo con los procedimientos establecidos por la empresa, no intentes saltearte un paso o modificar el procedimiento debido al apresuramiento.

Regla N°5: No intervengas en la reparación de una máquina si no tienes conocimientos para ello. Únicamente realiza trabajos de reparación o mantenimiento de máquinas cuando se tenga la aprobación del jefe.

Regla N°6: Mantén la concentración en las actividades que realizas. Asimismo, no distraigas a tus compañeros de trabajo.

Regla N°7: En las actividades de reparación, ajuste y limpieza debes parar completamente los equipos, posteriormente realiza las tareas. Utiliza tu tarjeta de bloqueo y etiquetado.

Regla N°8: Nunca manipules, juegues o introduzcas partes de tu cuerpo en máquinas en movimiento.

Regla N°9: Reporta todos los actos y condiciones inseguras que detectes cuando realizas tus actividades, pueden ser indicadores de un futuro accidente.

Regla N°10: Siempre inspecciona tus herramientas y equipos de trabajo. Verifica que se encuentren en buenas condiciones para ser usadas.

CONCLUSIONES

- La Higiene y Seguridad Industrial nos permiten mejorar las condiciones de trabajo, además capacitarlos para el mismo y adiestrarnos para evitar dentro de lo posible, las enfermedades y los accidentes laborales.

COMPROMISOS

- Es importante tener siempre presente los fundamentos básicos de la Higiene y Seguridad Industrial.

FIRMA ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Eluis Campio	Ayudante	Eluis Campio
Antonio Coronadilla	Ayudante	Antonio C.

ANEXO 7. CCL

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO DE-FOR-01
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

FECHA REUNIÓN: 15/02/2024 **HORA: 9:00 AM** **LUGAR: I.T.S.I BARRANCABERMEJA** **ACTA NO. 12**

REUNIÓN CONVOCADA POR	Sandra Milena Santiago Camacho
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN N° 12- GESTIÓN HSE
CONTRATO N°	**No. 0756-23**
OBJETO DE LA REUNION	"CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DEL COMEDOR Y COCINA DEL INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL EN EL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA"
ORGANIZADOR	Sandra Milena Santiago Camacho
APUNTADOR	Sandra Milena Santiago Camacho
ASISTENTES	Sandra Milena Santiago Camacho

TEMAS DE DISCUSIÓN

1. La Espiritualidad en el Trabajo.
2. Beneficios de la Espiritualidad en el Trabajo

DESARROLLO TEMAS DE DISCUSIÓN

1. LA ESPIRITUALIDAD EN EL TRABAJO.

La espiritualidad en el trabajo tiene una tendencia ascendente y varios sectores académicos y profesionales han comenzado a considerarla como una parte esencial e integral del desarrollo de la persona. La espiritualidad en el trabajo se asocia con efectos positivos como felicidad, alegría, gozo; valores como la solidaridad, la honestidad, la responsabilidad; y aspectos organizacionales como satisfacción, compromiso y altos niveles de eficacia y desempeño de los trabajadores.

2. *BENEFICIOS DE LA ESPIRITUALIDAD EN EL TRABAJO*

- Ambiente laboral cordial y armonioso.
- Mejora las actitudes relacionadas al trabajo (empatía, altruismo, paciencia).
- Independencia personal y autorrealización.
- Buenas relaciones sociales.
- Aumento del nivel de tolerancia relacionada al servicio al cliente.
- Mayor productividad de los empleados.

CONCLUSIONES

- Un trabajador con una percepción elevada de espiritualidad sobre la vida, estará más armonizado en hacer las cosas correctas y podrá reflejar más sus cualidades y su creatividad ocupándose más en servir y contribuir.

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO DE-FOR-01
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

COMPROMISOS
- Se solicita verificar si dentro del cronograma de capacitaciones se incluyen charlas sobre la espiritualidad en el trabajo.

FIRMA ASISTENTES		
NOMBRE	**CARGO**	**FIRMA**
Elvis Carpio.	Ayudante	Elvis Carpio
Antonio Carvadilla	Ayudante	Antonio C.

ANEXO 8. ATS-PERMISOS

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-18
		VERSIÓN 2
		FECHA DE APROBACION: 09/09/2019

Empresa: WRUSSY INGENIEROS S.A.S

Lugar de Trabajo: ITST BARRANCABERMEJA

Fecha de inicio: 30-01-2024.

Fecha de finalizacion: 06-02-2024.

* INSTALACIÓN DE REDES HIDROSANITARIAS * INSTALACIÓN DE REDES ELECTRICAS.
* INSTALACIÓN ESTRUCTURA DE SOPORTE CUBIERTA Y PERGOLAS.
* INSTALACIÓN DE LUMINARIAS.

Descripción de la tarea a realizar:

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA		ESPACIO CONFINADO		CALIENTE	X
ENERGIA PELIGROSAS		ELECTRICO		OTRO, CUAL?	

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
1096212001	ELVIS CARPIO.
1042211689	ALVEIRO CARPIO
91425553	HECTOR JULIO ESCOBAR
1096242479	ANTONIO CARVALLIDO
13565252	ALEXANDER JIMENEZ
1096218948	ELKIN REYES
13868501	DOMINGO MORA
94265684	ABELINO. MUÑOZ
1001814868	DERBI CARPIO

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	PALAS, PICAS, AZADAS, BARRAS, CARRETILLAS, MARTILLO, SERRUCHO,
Eléctricas	X	PULIDORA, VIBRO, MEZCLADORA
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas	X	MINI CARGADOR, VOLQUETAS, PAJARITA O RETRO
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	8mt's
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	PUERTA TRASERA DEL COLEGIO IT&I
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	EPP
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	CASCO, GUANTES, CARETA, BOTAS CON PUNTERA PROTECCION ADICIONAL.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	10.
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	CEMENTO, ARENA, VARILLAS, CASCAJILLO, LADRILLOS
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	SI
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	SI

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
* PELIGROS COMUNES A LAS ACTIVIDADES DEL TRABAJO.	* PARTICULAS EN SUSPENCION, PINCHAZOS, LAXERACIONES, POSTURAS INCOMODAS DEL TRABAJO.	* INSPECCION PREVIAMENTE A LA ZONA DEL TRABAJO	ING RESIDENTE
			INSP SST
	* DESPEJAR EL AREA DE TRABAJO CAIDAS AL MISMO NIVEL, GOLPES X MANIPULACION DE HTAS Y MATERIALES.	* INSPECCION DEL AREA DE TRABAJO. USO DE EPP CAPACITACION DEL PERSONAL SOBRE EL USO DE HTAS	ING RESIDENTE
			INSP SST
* INSTALACION DE REDES HIDRO-SANITARIAS	* ATRAPAMIENTO RIESGO ELECTRICO POR CORTE ELECTRICO.	* PREPARACION LA TOTALIDAD DE MATERIALES Y EQUIPOS A UTILIZAR	INSP SST
			ING RESIDENTE
	* CAIDAS AL MISMO NIVEL CAIDAS DE OBJETOS	* VERIFICAR LAS CONEXIONES O PUNTOS DE AGUA Y DESAGUE.	INSP SST
			ING RESIDENTE
	* LESIONES Y/O CORTES EN MANOS Y PIES.	* VERIFICAR LAS CONEXIONES	INSP SST
			ING RESIDENTE
	* CONDICIONES AMBIENTALES TRANSITO Y TERRENO ESCOMBROSO	* LIMPIEZA EN LA ZONA DE TRABAJO	INSP SST
			ING RESIDENTE
* INSTALACIÓN DE REDES ELECTRICAS	* DESCONOCIMIENTO DEL PELIGRO DE LAS ACTIVIDADES * POSTURAS Y LEVANTAMIENTO MANUAL DE CARGAS * MATERIAL PARTICULADO EN EL AMBIENTE.	* CAMINAR CON PRECAUCIÓN DE PENDIENDO DE LAS CONDICIONES DEL TERRENO, REVISAR ARRIBA, ABAJO, ADELANTE Y ATRAS	INSP SST
			ING RESIDENTE
			INSP SST
			ING RESIDENTE
* ORDEN Y ASEO.	* CONTUSIONES ESGUINCE Y FRACTURAS * CAIDAS AL MISMO NIVEL Y A DISTINTOS NIVEL DE OBJETOS * GOLPES LESIONES Y/O CORTES EN MANOS Y PIES.	* DIVULGACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y ATS A DIARIO Y SUS RESPECTIVAS ACCIONES Y CONTROLES * ORDENES DE TRABAJO * HTAS MATERIALES Y EQUIPOS DEBERAN UBICARSE EN FORMA ORDENADA * LIMPIEZA ORDEN Y ASEO EN EL AREA	INSP SST
			ING RESIDENTE
			INSP SST
			ING RESIDENTE
			INSP SST

FIRMA INSPECTOR HSEQ	
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESIDENTE DE OBRA	

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-18
		VERSIÓN 2
		FECHA DE APROBACION: 09/06/2019

Empresa: WRUSSY INGENIEROS S.A.S

Lugar de Trabajo: ITST BARRANCABERMEJA

Fecha de inicio 07-02-2024.

Fecha de finalizacion 14-02-2024.

Descripción de la tarea a realizar:

* Instalacion de Estructura y soportes Cortasol y pergolas.
* Instalacion de enchapes
* Instalacion de redes electricas.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	ESPACIO CONFINADO	CALIENTE	
ENERGIA PELIGROSAS	ELECTRICO	OTRO, CUAL?	

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
1096212001 Elvis Carpio	
1096218748 Elkin Reyes	
1096242479 Antonio Caballero	
13565252 Alexander Jimenez	
94265684 Abelino Munoz	
1001814868 Deibi Carpio.	
Cesar Daruaer	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Palas, picas, barras, barras, Carretillas, Martillo, Serrucho,
Eléctricas	X	pulidora, Vibro, Mezcladora, cortadora de concreto.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas	X	Mini cargador, Volquetas, Pajarita o Retro.
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA	
¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	8mts.
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Puerta trasera del edificio ITSI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	EPP
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco, botas, guantes, gafas, tapa oidos, protección auditiva.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	10.
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Cemento, arena, ladrillos, carretilla, baldes.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	SI
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	SI

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
* PELIGROS COMUNES A LAS ACTIVIDADES DEL TRABAJO.	* PARTICULAS EN SUSPENSIÓN PUNCIONAZOS, LASECIACIONES, POSTURAS INCOMODAS DEL TRABAJO	* INSPECCIÓN PREVIAMENTE ACTIVIDAD DEL TRABAJO.	Ing RESIDENTE
	* Despejar el area de trabajo Caidas al mismo nivel, golpes x manipulación de htas. y materiales	* Inspección del area uso de EPP capacitación del personal. Sobre el uso de htas	Insp SST
	* Atrapamientos riesgo ergo	* Preparación de la totalidad de materiales y equipos a utilizar.	Ing Residente
	nonuso por sobre esfuerzo		Insp SST
	* Caidas al mismo nivel caidas de objetos,		Insp SST
INSTALACIÓN DE REDES ELECTRICAS	* Desconocimiento del peligro de las actividades	* Verificar las conexiones	Ing residente
	* Posturas y levantamiento manual de cargas	* limpieza en la zona de trabajo.	Insp SST
	* Material particulado en el ambiente.	* Caminar con precaución dependiendo de las condiciones del terreno, revisar arriba, abajo, adelante, y atras	Ing residente
	* Contusiones esguince y fracturas		Insp SST
	* Caidos al mismo nivel y a distintos niveles de objetos		Ing residente
	* Golpes lesiones y/o cortes en manos y pies	* Divulgación de procedimientos y ATS a cada uno y sus respectivas acciones y controles	Insp SST
	* Dejar el area Antes y despues de cada actividad limpia y Ordenada.	* Ordenes de trabajo * Htas materiales y equipos deberán ubicarse en Forma ordenada.	
Orden y Aseo		* Orden y limpieza de area en el area.	

FIRMA INSPECTOR HSEQ	
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESIDENTE DE OBRA	

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-16
		VERSIÓN 2
		FECHA DE APROBACION: 09/09/2019

Empresa: WRUSSY INGENIEROS S.A.S

Lugar de Trabajo: ITST BARRANCABERMEJA

Fecha de inicio 07-02-2024

Fecha de finalizacion 14-02-2024.

* INSTALACIÓN DE REDES HIDROSANITARIAS
* INSTALACIÓN DE REDES ELECTRICAS

Descripción de la tarea a realizar:

* INSTALACIÓN DE ESTRUCTURA DE SOPORTE CORTADO Y PERFILADO
* INSTALACION DE ENCHAPES.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:			
TRABAJO EN ALTURA	☐	ESPACIO CONFINADO	☐
ENERGIA PELIGROSAS	☐	ELECTRICO	☐
CALIENTE	☒		
OTRO, CUAL?	☐		

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
1096212001 ELVIS CARPIO	
4096242479 ANTONIO CARVALLIDO	
13565252 ALEXANDER JIMENEZ.	
1096218798 ELKIN REYES.	
94265684 ABELINO MUÑOZ	
1001814868 DEIBI CARPIO	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Palas, picas, porras, barras, Carretillas, Martillo, serrucho,
Eléctricas	X	pulidora, vibro, Mezcladora.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas	X	Mini cargador, volquetas, pajonta o retro.
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	
¿Cuántos trabajadores se requieren?	
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
* PELIGROS COMUNES ACAS ACTIVIDADES DEL TRABAJO.	* Particulas en suspensión, Pinchazos, laseraciones, posturas incomodas del trabajo	* Inspecciones del area de trabajo, uso de EPP, Capacitación del personal	Ing Residente
	* Despejar el área de trabajo caidas al mismo nivel, Golpes x manipulación de htas y materiales.	Sobre el uso de htas. * preparación la totalidad de materiales y equipos a utilizar	Insp SST
	* Atrapamiento Riesgo ergonomico por sobre peso y esfuerzo	* Verificar las conexiones o puntos de agua y desagüe * verificar las conexiones	Ing Residente
* INSTALACIÓN DE REDES HIDROSANITARIAS.	* Caidas al mismo nivel Caidas de objetos. * Lesiones y/o cortes en manos y pies.	* limpieza en la zona de trabajo	Insp SST
	* Condiciones Ambientales	* Caminar con precaución de pendiendo de las condiciones del terreno	Ing Residente
	transito x terreno escombros * Desconocimiento del peligro de las actividades	revisar, Arriba, Abajo, Adelante y atras	Insp SST
* Instalacion de redes electricas.	* posturas y levantamientos manuales de cargas.	* Divulgación de procedimientos y ats a diario y sus respectivas acciones y controles * Ordenes de trabajo	Ing Residente
	* Material particulado en el ambiente.		Insp SST
	* Contusiones esguince y Fracturas.	* htas materiales y equipos deberan ubicarse en forma ordenada.	Ing Residente
	* Caidas al mismo nivel y a distintos nivel de objetos	* limpieza orden y aseo en el area.	Insp SST
	* Golpes lesiones, y/o cortes en manos y pies		Ing Residente
			Insp SST
			Ing Residente
			Insp SST
			Ing Residente
			Insp SST

FIRMA INSPECTOR HSEQ	
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESIDENTE DE OBRA	

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-18
		VERSIÓN 2
		FECHA DE APROBACION: 06/09/2019

Empresa: WRUSSY INGENIEROS S.A.S

Lugar de Trabajo: ITST BARRANCABERMEJA — DISPOARQ.

Fecha de inicio 12-02-2024

Fecha de finalizacion 18-02-2024.

* Refuerzo de estructura Metalica de la cubierta e instalacion de soporte para cortasol vertical y pergolas.

Descripción de la tarea a realizar:

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	X	ESPACIO CONFINADO		CALIENTE	X
ENERGIA PELIGROSAS		ELECTRICO		OTRO, CUAL?	

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
JAVIER ESPITIA CC. 80282429	
JAIME ROJAS CC. 91.434.795	
EDGAR POLO 1126.255.189	
LUIS ALBERTO LIZCANO 91132.569	
JORGE OTERO HUERTAS 91.443.249	
JUAN FELIPE ARENAS 1057095025	
JOSE HOLGUIN 79696972	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Martillo, Alicate, Seguetas, llave de monos
Eléctricas	X	Pulidora, Cortadora, taladro.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	8 mts
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Ingreso puerta trasera del colegio ETSI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Señalizacion, Demarcacion, ome, epi
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Epi
¿Cuántos trabajadores se requieren?	13
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Tuberia, Soldadura, Equipo Soldar, htas
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	Si
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispes, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	Si

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
* Descarga de Materiales y trabajos previos	* Caidas del personal a distinto nivel	* Informacion Señaliza-da	Ing Residente Insp SST
	* Sobre esfuerzo y posturas * Pisadas sobre objetos	* Orden y limpieza * proteccion individual (ropa adecuada)	Ing Residente Insp SST
	* Exposición a temperaturas Ambiente Externas	* Amarre de htas a la plataForma	Ing Residente Insp SST
* Caidas de objetos desprendidos	* Posible Caida de htas Anzas, de soldar, destornillador llaves	* Uso de cinturones porta htas * proteccion individual	Ing Residente Insp SST
	* Golpes y cortes por objetos y htas	adecuados. * interrupción de los	Ing Residente Insp SST
* Atrapamientos y aplastamiento entre objetos.	* Atrapamiento y aplastamientos entre objetos * trabajo a la intemperie	trabajos * Revisión de cables Conexiones y protección	Ing Residente Insp SST
	* Exposición A radiaciones * Operación de soldadura	* protección individual (Careta, Guantes).	Ing Residente Insp SST.
* Proyección de particulas o fragmentos	* Demarcación y Aislamiento de personas y objetos	* Señalizaciones Delimitaciones.	Ing Residente Insp SST
* Contacto Electrico Directo e indirecto	* toda fuente de ruidos sera confinada y se protegera a los trabajadores	* los equipos deben revisados x el personal Especializado.	Ing Residente Insp SST
* Contaminantes biologicos	* Con protección auditiva * Se instala puesta a tierra.	* Se recomienda uso de barandas en todos los trabajos	Ing Residente Insp SST
* Exposición a los agentes fisicos: Ruido y Vibraciones.	* Es obligatorio el uso de todos los epp colectivos	que superen 2mts de altura.	Ing Residente Insp SST
	y personal durante todos los trabajos en obra.	* Orden y Aseo.	Ing Residente Insp SST
			Ing Residente

FIRMA INSPECTOR HSEQ

FIRMA ASESORA HSEQ

RESIDENTE DE OBRA

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-18
		VERSIÓN 2
		FECHA DE APROBACION: 09/09/2019

Empresa: WRUSSY INGENIEROS S.A.S

Lugar de Trabajo: ITST BARRANCABERMEJA — DISPONEQ.

Fecha de Inicio: 19-02-2024.

Fecha de finalizacion: 25-02-2024.

Descripción de la tarea a realizar: Refuerzo de estructura Metalica de la cubierta e instalacion de soporte para cortasol vertical y pergolas.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	X	ESPACIO CONFINADO		CALIENTE	X
ENERGIA PELIGROSAS		ELECTRICO		OTRO, CUAL?	

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
JAVIER ESPITIA CC. 80282429	
Jaime Rgas CC 91.439.795	
Edgar pdb 1.126.258.189	
Luis Alberto Lizcano 3'132.569	
Jorge otero Huertas 91.443.249	
Juan Felipe Arenas 1.057.095025	
Jose holguin 79.696 972.	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Martillo, Alicate, Segueta, Nivel de mano
Eléctricas	X	pulidora Cortadora. taladro.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	8 mts
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Ingreso puerta trasera del colegio ITSE.
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Portalinea, Demarcación area, EPP
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco, Gafas, Arnes, Guantes
¿Cuántos trabajadores se requieren?	13
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	tuberia, Soldadura, Equipo soldar, Hta.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	N
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	N

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
* Descargo de Materiales y trabajos previos * Caidas de objetos desprendidos. * Atrapamientos y aplastamiento ente objetos * Proyección de particulas o fragmentos * Contacto electrico Directo e indirecto * Contaminacion Biologico. * Exposicion a los agentes fisicos Ruido y Vibraciones.	* Caidas del personal a distinto nivel * Sobre esfuerzo y posturas * Picadas Sobre objetos * Exposición a temperaturas Ambiente Externas. * Posible caidas de htas pinzas, de soldar, destornillador llaves * Golpes y cortes por objetos y htas. * Atrapamiento y aplastamiento ante objetos * trabajo a la intemperie * Demarcación y aislamiento de personas y objetos * toda fuente de ruidos sera controlada y se protegera a los trabajadores con protección auditiva * Se instala puesta a tierra. * Es obligatorio el uso de todos los EPP colectivos y personal durante todos los trabajos en obra.	* Información Portalinea * orden y limpieza Protección individual. (ropa adecuada). * amarre de htas a la plataforma * uso de cinturones porta htas. * protección individual adecuadas * interrupción de los trabajos * Revisión de cables Conexiones y protección * protección individual (caretas, guantes) * los eq-y-os deben revisados y el personal especializado * se recomienda uso de barrandas en todos los trabajos que superen 2mts de altura. * Orden y aseo	Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST

FIRMA INSPECTOR HSEQ	
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESIDENTE DE OBRA	

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	ANALISIS SEGURO DE TRABAJO	CÓDIGO HSE-FOR-18
		VERSIÓN 2
Empresa: WRUSSY INGENIEROS S.A.S		FECHA DE APROBACION: 09/09/2019

Lugar de Trabajo: ITST BARRANCABERMEJA

Fecha de inicio: 24-02-2024

Fecha de finalizacion: 29-02-2024.

* INSTALACION DE ENCHAPES MUROS PISOS Y MEDIA CAÑA EN GRANITO PULIDA.

Descripción de la tarea a realizar:

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA		ESPACIO CONFINADO		CALIENTE	X
ENERGIA PELIGROSAS	/	ELECTRICO		OTRO, CUAL?	

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	
1096212001 Elvis Carpio	Elvis Carpio
1096218748 Elkin Reyes	Elkin Reyes
1096242479 Antonio Carvallido	Antonio Carvallido
13565252 Alexander Jimenez	ALEX Jimenez
94265684 Abelino muñoz	Abelino Muñoz
1001814868 Delbi carpio	Delby Carpio
1098754093 Cesar Narvaez	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		Indique cada una de las herramientas a utilizar.
Manuales	X	Palas, porras, cometillas, Martillos, Serrucho, Flexometro, llanas, palustre
Eléctricas		
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otros		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	Nivel de piso
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	puerta trasera del colegio ITSI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Epp
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	casco, guantes, botas, con punteras protección auditiva.
¿Cuántos trabajadores se requieren?	7
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	baldosas, cemento, pega perfecto.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	SI
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	SI

Pasos detallados de la tarea	Riesgos/Consecuencias	CONTROLES	RESPONSABLE
*Peligros Comunes a las actividades del trabajo. Instalación de enchapes Pega de baldosas.	* Partículas en suspensión pinchazos, lesiones, posturas incomodas del trabajo. * Despejar el area de trabajo caídas al mismo nivel, golpes x manipulación de htas y materiales. * Atrapamiento riesgo ergonomico por sobre esfuerzo *caídas al mismo nivel Caídas de objetos *Desconocimiento de peligros de las actividades *posturas y levantamiento manual de cargas *Material particulado en el ambiente. * Contusiones Esguince y Fracturas *caídas al mismo nivel y a Distintos niveles de objetos * Golpes lesiones y/o cortes en manos y pies * Aseo el area antes y despues de cada actividad limpia y Ordenada.	* inspección previamente a la zona de trabajo. * inspección del area, uso de EPP, capacitación del personal sobre el uso de htas * preparación de la totalidad de materiales y Equipos a utilizar *Verificar las conexión y limpieza en la zona de trabajo * Caminar con precaución dependiendo de las condiciones del terreno, mirar arriba abajo, adelante y otros *Divulgación de procedimientos Ats a diario y a sus respectivas. Acciones y Controles *Htas materiales y Equipos deberían ubicarse de forma ordenada. * Orden y limpieza de aseo en el area.	Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST Insp SST Ing Residente Insp SST Insp SST Ing Residente Insp SST Ing Residente Insp SST

FIRMA INSPECTOR HSEQ	
FIRMA ASESORA HSEQ	
RESIDENTE DE OBRA	

314 893 628

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	CÓDIGO HSE-FOR-43
		VERSION 1
		FECHA APROBACION: 08/12/2023

OBJETO:	Refuerzo de la estructura metalica de la cubierta e instalacion de soporte para cortasol y pergolas		
N° CONTRATO	0756-23		
ENTIDAD CONTRATANTE	Wessy Ingenieros SAS	NIT	901109385-1
EMPRESA CONTRATISTA	Disproorg	NIT	
NUMERO PERMISO DE TRABAJO	07		
CIUDAD:	Bga-Sga.	PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR	B
UBICACIÓN ESPECIFICA:	Colegio institute tecnico superior industrial.		
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:	7:00 a.m. / 12-02-2024 — 18-02-2024.		
ACTIVIDAD A REALIZAR:	Instalacion de soporte para cortasol y pergolas		
CONTRATISTA [SI] x [NO]	CUAL?	N° PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR	B
ACTIVIDAD RUTINARIA	SI [X]	NO	

I. PERMISO CONCEDIDO A

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

NOMBRE	CARGO	CERTIFICADO SI	CERTIFICADO NO	Casco	Gafas	Arnés	Guantes	Botas dieléctricas	Ropa	Protección auditiva	Protección respiratoria	Protección facial	Protección visual	Protección caídas	Protección manos	Protección pies	Protección cabeza	Protección cuerpo	Otros	FIRMA
JAVIER ESPITIA	Supervisor	X		X	X	X	X	X	X											
EDGAR SARMIENTO	Ayudante	X		X	X	X	X	X	X											
JAIME LOPEZ.	Ayudante	X		X	X	X	X	X	X											
JOSE HOLGUIN.	Ayudante	X		X	X	X	X	X	X											
Edgar Polo	Ayudante	X		X	X	X	X	X	X											

II. CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO (1 empleado ejecutante)

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

III. PRECAUCIONES GENERALES - VALIDACION DEL PERMISO DE TRABAJO

CONCEPTO A EVALUAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Procedimiento de trabajo seguro divulgado en charla preoperacional	X			
Señalización y demarcación del area de trabajo	X			
Equipos y herramientas verificados y en buenas condiciones	X			
Area libre para instalar el sistema de protección contra caídas 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			
Obras interferentes con otro tipo de trabajos	X			
El cabezote de seguridad está libre de grasa o barro	X			

SISTEMA DE ACCESO EN ALTURA REQUERIDO				EQUIPO DE PROTECCION CONTRA CAIDAS				SISTEMA DE PROTECCION COLECTIVA			
Escalera		Andamio	X	Cuerda Rígida	X	Medio comunicación		Barandas	X	Plataformas	X
Cuerdilla		Elevador		Eslinga	X	Bolígrafo		Redes		Líneas de Advertencia	
OTROS		Cual?		Equipo Rescate Alturas		X		OTROS		Cual?	

LISTA DE CHEQUEO PARA TRABAJOS	SI	NO	NA	OBSERVACIONES

3143

La escalera está sin defectos, está libre de proyectantes (clavos, tornillos, etc)	X						
Todos los travesaños están libres de fisuras, están completos, conservan la misma distancia y están completos			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 el 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.							
Figurarse con quitas marcas al subir o bajar.	X						
Al subir o bajar hacerlo de frente a la escalera	X						
Si hay riesgo eléctrico en los determinado que el material de la escalera no es eléctrico					X		
Pies en proyectar 1 metro arriba del punto de trabajo, por lo menos?					X		

LISTA DE CHEQUEO PARA ANDAMIOS FIJOS Y MOVILES	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
El montaje y desmontaje del andamio se hacho 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 fijada y soporta la cargas máximas de diseño, sin hundirse o desplazarse.	X			
El andamio está completo y sus partes no presentan averías ni están oxidadas	X			
Las bitácoras están en buen estado	X			
Las bitácoras están aseguradas entre sí y al andamio	X			
Las bitácoras cumplen con el espesor (2 cm) y ancho (20cm)	X			
Las bitácoras dispuesta de los pueden tienen el largo indicado (20 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 reparados por alguien calificado.	X			
Existen líneas eléctricas cerca en los trabajadores?	X			
Tienen accesos seguros y adecuados? (escalera para subir y bajar)	X			
Zapatos y ropas correctamente posicionadas y con el bajo ajuste?	X			
Existen líneas eléctricas cerca en los procedimientos?	X			

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 he comunicado al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de los 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.

VALIDEZ (Horario)				
FECHA (DD-MES-AA)	DESDE	HASTA	FIRMA RESPONSABLE DEL AREA	FIRMA RESPONSABLE COORDINADOR SEGURIDAD
12-02-2024	7:00 AM.	5:00 PM.	Cesar O	

CHEQUEO PREVIO AL TRABAJO							
RESPONSABLE DEL AREA	SI	NO	OBSERVACIONES	COORDINADOR DE SEGURIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
El trabajo fue bien socializado		X		El area queda limpia y sin residuos	X		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	X			Se han presentado accidentes Vio incidentes		X	
El trabajo se avanzó limpio y libre de condiciones inseguras	X			El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		X	
Otros:				Otros:			
NOMBRE Y FIRMA	Cesar O			NOMBRE Y FIRMA			

RUSSY INGENIEROS S.A.S.

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

CÓDIGO HSE-POR-12
VERSION 1
FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO:	Reparacion de la cubierta metalica e instalacion de soporte para cortasol y pergolan		
N° CONTRATO	0756-23		
ENTIDAD CONTRATANTE	Russy Ingenieros SAS	NIT	901107885-1
EMPRESA CONTRATISTA	Disproaf	NIT	
NUMERO PERMISO DE TRABAJO	08		
CIUDAD:	Bga-Sa	PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR	
UBICACIÓN ESPECIFICA:	Colegio. Instituto. Tecnico Superior Industrial.		
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:	7:00AM - 5:PM / 19-02-2024 - 25-02-2024		
ACTIVIDAD A REALIZAR	Instalacion de la estructura metalica de la cubierta e instalacion de soporte para cortasol y pergolan.	ACTIVIDAD RUTINARIA	SI [ ] NO [ ]
CONTRATISTA	SI [x] NO [ ] CUAL?	N° 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 SI	CERTIFICADO NO	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y EQUIPO DE PROTECCION ANTICAIDAS CERTIFICADO (UNA A UNA)	FIRMA
Javier Espitia	Supervisor	x		x x x x x x	
Edgar Sarmiento	Ayudante	x		x x x x x x	
Jose Holguin	Ayudante	x		x x x x x x	
Edgar Pedo	Soldador	x		x x x x x x	
Jaime Rojas	Ayudante	x		x x x x x x	

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

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

III. PRECAUCIONES GENERALES - VALIDACION DEL PERMISO DE TRABAJO

CONCEPTO A EVALUAR	SI	NO	NA	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 proteccion 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 DEL PUESTO				SISTEMA DE PREVENCION Y/O RESCATE				SISTEMA DE PROTECCION COLECTIVA			
Escalera		Andamio	x	Camilla Rígida	x	Medio comunicación		Barandas	x	Plataformas	x
Cerradilla		Elevador		Extintor	x	Boletín		Redes		Líneas de Advertencia	
OTROS		Cual?		Equipo Rescate Alturas	x			OTROS		Cual?	

LISTA DE CHEQUEO PARA ESCALERAS	SI	NO	NA	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 ensajados			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 empalmes entre el 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 ajustados mediante largueros de la escalera y asegurados por medio tornillos.			X				
Aparecen con ambas manos al subir o bajar.	X						
Al subir o bajar hacerlo de frente a la escalera.	X						
Si hay riesgo eléctrico se ha determinado que el material de la escalera es no eléctrico					X		
Ellos se preparan 1 metro arriba del punto de trabajo, por la mano?					X		

LISTA DE CHEQUEO PARA ANDAMIOS FIJOS Y MOVILES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
El montaje y 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 lisa 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 grietas ni óxido evidente	X			
Los listones están en buen estado	X			
Los listones están ensamblados entre sí y al andamio	X			
Los listones apoyan con el espesor (5 cm) y ancho (29cm)	X			
Los listones sobrepasan de los parales tienen el largo indicado (30 cm)	X			
Poseen diseñado para soportar 4 veces el peso de la totalidad de personas, equipo, materiales	X			
Se asegura que los andamios no sean movidos por algún vehículo.	X			
Existen líneas eléctricas aéreas en las inmediaciones?	X			
Poseen accesos seguros 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 realice 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.

FECHA (DD-MM-AA)	VALIDEZ (Horas) DESDE	HASTA	FIRMA RESPONSABLE DEL AREA	FIRMA RESPONSABLE COORDINADOR SIG SEGURIDAD
19-02-2024	7:00AM	5:00PM		

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR SIG SEGURIDAD			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado		X		El area queda limpia y sin residuos	X		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	X			No han presentado accidentes Y/o incidentes		X	
Entrego el area limpia y libre de residuos de materiales	X			El permiso de trabajo es ha suspendido definitivamente		X	
Otros:				Otros:			
NOMBRE Y FIRMA				NOMBRE Y FIRMA			

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: HSE-FOR-103
VERSION 1
FECHA APROBACION 06/01/2018

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: 30 01 2024 (DIA | MES | AÑO)
EMPRESA EJECUTORA: Russy
PERMISO VALIDO HASTA: 06 02 2024 (DIA | MES | AÑO)
AREA O LUGAR: Colegio ITSI de Bca-Stga.
Nº CONTRATO:
ACTIVIDAD A REALIZAR: Construcción y dotación de cocina y comedor del Colegio ITSI de Bcabga.
Nº PERSONAS EJECUTORAS: 23
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Herramienta menor), electrisan, neumatuas Volqueta, mini cargador retro, Pajarita.

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

	SI	NO	NA
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?			X
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?			X
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?			X
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	NA
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.	X		

4 Requerimiento de documentos previos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	X	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	X	
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES	X	

5 Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura. SI [X] NO [ ]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. SI [ ] NO [X]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [X]

Cuales? ____

6 Observaciones (Determinadas por el líder ejecutante) Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [X] NO [ ]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) ____

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

Escriba (Indique "SI" o "NO" en esta casilla)

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

EJECUTOR: Personalmente declaro que:
- NO El trabajo ha sido terminado
- SI El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- SI Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR: cc:1098754093

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- SI El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- NO Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- NO El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR: Maria A. Gelez - 1098820892

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO C.C.
30-01-2024	7:00 AM — 5:00 PM	Maria Gelez - 1098820892	1098754093
31-01-2024	7:00 AM — 5:00 PM	Maria A Gelez - 1098820892	1098754093
01-02-2024	7:00 AM — 5:00 PM	Maria Gelez - 1098820892	1098754093
02-02-2024	7:00 AM — 5:00 PM	Maria Gelez - 1098820892	1098754093
03-02-2024	7:00 AM — 5:00 PM	Maria Gelez - 1098820892	1098754093
05-02-2024	7:00 AM — 5:00 PM	Maria Gelez - 1098820892	1098754093
06-02-2024	7:00 AM — 5:00 PM	Maria Gelez - 1098820892	1098754093

RUSSY INGENIEROS S.A.S.
NIT. 901.109.885-1

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: HSE-FOR-103
VERSION 1
FECHA APROBACION 08/01/2018

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: 07 02 2024 (DIA (dd) | MES (mm) | AÑO (aa)) — PERMISO VALIDO HASTA: 14 02 2024. (DIA (dd) | MES (mm) | AÑO (aa))

EMPRESA EJECUTORA: Russy — Nº CONTRATO:

AREA O LUGAR: Colegio ITSI de bca-bjo — Nº PERSONAS EJECUTORAS:

ACTIVIDAD A REALIZAR: Construcción y dotación de cocina y dotación comedor del colegio ITSI de bca-bjo.

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Taladro, menores, electricos, neumaticos, Soldaqueta, Pegante, Mini cargador.

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que pueden ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
...suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
...a delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, oxitalización y los acoples están herméticamente sellados?			X
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?			X
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?			X
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.	X		

4 Requerimiento de documentos previos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	X	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	X	
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES	X	

5 Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura. SI [X] NO [ ]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. SI [ ] NO [X]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuales? _____

6 Observaciones (Diligenciados por el líder ejecutante)

Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (dd/mm/aa)	VALORES DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O.C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O.C.C.
06-02-2024	07:00 - 5:00 PM	Maria Gomez - 1098820892	1098754093
07-02-2024	07:00 - 5:00 PM	Maria Gomez - 1098820892	1098754093
08-02-2024	07:00 - 5:00 PM	Maria Gomez - 1098820892	1098754093
09-02-2024	07:00 - 5:00 PM	Maria Gomez - 1098820892	1098754093
10-02-2024	07:00 - 5:00 PM	Maria Gomez - 1098820892	1098754093
12-02-2024	07:00 - 5:00 PM	Maria Gomez - 1098820892	1098754093
13-02-2024	07:00 - 5:00 PM	Maria Gomez - 1098820892	1098754093

8 Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:
- [NO] El trabajo ha sido terminado
- [SI] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [SI] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

CC: 1098754093
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- [SI] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [NO] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [NO] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

Maria A Gomez. 1098820892
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (día/mes/año) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

RUSSY INGENIEROS S.A.S.

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: [illegible]
VERSION: 1
FECHA APROBACION: [illegible]

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: 12 (Día) 02 (Mes) 2024 (Año) — PERMISO VALIDO HASTA: 18 (Día) 02 (Mes) 2024 (Año)
EMPRESA EJECUTORA: Dispoorg — Nº CONTRATO:
ÁREA O LUGAR: Obrego 2181 de bga-hip — Nº PERSONAS EJECUTORAS:
ACTIVIDAD A REALIZAR: Refuerzo de la estructura metalica de la cubierta e instalacion de soporte para tarimol y cerrajon
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Equipo de soldar, Hilos menores, tranzadora, Andamios,

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?			X
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?			X
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?			X
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, manga, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.	X		

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	X	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	X	
Ha verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		X

5 Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura. SI [ ] NO [ ]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. SI [ ] NO [X]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuales? _____

6 Interferencias (Determinadas por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [X] NO [ ]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [X] NO [ ]
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firma Emisión y Terminación

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora inicio)	EMISOR FIRMA Y NOMBRE C.C.C.	EJECUTOR FIRMA Y NOMBRE C.C.C.
14-02-2024	7:00 AM – 5:00 PM	[illegible]	[illegible] 1098754093
15-02-2024	7:00 AM – 5:00 PM	[illegible]	[illegible] 1098754093
16-02-2024	7:00 AM – 5:00 PM	[illegible]	[illegible] 1098754093
17-02-2024	7:00 AM – 5:00 PM	[illegible]	[illegible] 1098754093
18-02-2024	7:00 AM – 5:00 PM	[illegible]	[illegible] 1098754093

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:
- NO — El trabajo ha sido terminado
- SI — El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- SI — Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

[illegible] CC 1098754093
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- SI — El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- NO — Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- SI — El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

[illegible] 1098882092
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901 109 825 1

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: HSE-FOR-102
VERSION 1
FECHA APROBACION 06/08/2019

1 INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE INICIO: 16 / 02 / 2024 (DIA mes | MES mes | AÑO mes)
EMPRESA EJECUTORA: Russy
PERMISO VÁLIDO HASTA: 29 / 02 / 2024 (DIA mes | MES mes | AÑO mes)
ÁREA O LUGAR: Colegio ITSI de bue-ga.
Nº CONTRATO:
ACTIVIDAD A REALIZAR: Construccion y dotacion de cocina y comedor del colegio ITSI
Nº PERSONAS EJECUTORAS: 7
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR:

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conectores en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	-		X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietes, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?			X
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?			X
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?			X
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, overol, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.	X		

4 Salvaguardando de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	S	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	X	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	X	
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES	X	

5 Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecute el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura. SI [X] NO [ ]
2. Por la condición del lugar donde se ejecute el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. SI [ ] NO [X]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuáles? _____

6 Advertencias (Diligenciados por el líder ejecutante) Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [X] NO [ ]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [X] NO [ ]
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Emisión y Autorizaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (horas-horas)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O.C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O.C.C.
15-02-2024	7:00 AM - 5 PM	Manuel Cruz - 1098820892	Carlos 1098784043
16-02-2024	7:00 AM - 5 PM	Manuel Cruz - 1098820892	Carlos 1098784043
17-02-2024	7:00 AM - 5 PM	Manuel Cruz - 1098820892	Carlos 1098784043
19-02-2024	7:00 AM - 5 PM	Manuel Cruz - 1098820892	Carlos 1098784043
20-02-2024	7:00 AM - 5 PM	Manuel Cruz - 1098820892	Carlos 1098784043
21-02-2024	7:00 AM - 5 PM	Manuel Cruz - 1098820892	Carlos 1098784043
22-02-2024	7:00 AM - 5 PM	Manuel Cruz - 1098820892	Carlos 1098784043
23-02-2024	7:00 AM - 5 PM	Manuel Cruz - 1098820892	Carlos 1098784043

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:
- [X] El trabajo ha sido terminado
- [SI] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [SI] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

Carlos 1098784043
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- [SI] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [NO] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [NO] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

C.C. 1098820892
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901 109 885 1

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CODIGO: HSE-FOR-103
VERSION 1
FECHA APROBACION 08/01/2018

1. Datos básicos

FECHA DE INICIO: 19 (DIA) 02 (MES) 2024 (AÑO) — PERMISO VÁLIDO HASTA: 26 (DIA) 02 (MES) 2024 (AÑO)
EMPRESA EJECUTORA: Oxpreco — Nº CONTRATO:
ÁREA O LUGAR: Colegio ITSI de Tocaima — Nº PERSONAS EJECUTORAS:
ACTIVIDAD A REALIZAR: Refuerzo de la estructura Metalica de la cubierta e instalación de Sport Fecha Cortical y pergolas.
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Equipo de soldar, Winche manual, Tenzadora, Andamios pulidora.

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2. Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	NA
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que pueden ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?			X
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?			X
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?			X
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?			X
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3. Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	NA
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.	X		

4. Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	X	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	X	
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES		X

5. Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecute el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura. SI [ ] NO [ ]
2. Por la condición del lugar donde se ejecute el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. SI [ ] NO [X]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuales? _____

6. Afectaciones (Determinadas por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [X] NO [ ]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [X] NO [ ]
¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7. Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO C.C.
19-02-2024	7:00 AM - 5:00 PM	[illegible] - 1098820892	[illegible] 1098754093
20-02-2024	7:00 AM - 5:00 PM	[illegible] - 1098820892	[illegible] 1098754093
21-02-2024	7:00 AM - 5:00 PM	[illegible] - 1098820892	[illegible] 1098754093
22-02-2024	7:00 AM - 5:00 PM	[illegible] - 1098820892	[illegible] 1098754093
23-02-2024	7:00 AM - 5:00 PM	[illegible] - 1098820892	[illegible] 1098754093
24-02-2024	7:00 AM - 5:00 PM	[illegible] - 1098820892	[illegible] 1098754093
26-02-2024	7:00 AM - 5:00 PM	[illegible] - 1098820892	[illegible] 1098754093

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:
SI — El trabajo ha sido terminado
SI — El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
SI — Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

[illegible] CC 1098754093
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:
SI — El área queda limpia y libre de desechos y materiales
SI — Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
NO — El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

Yaleyda A. 1098820892
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR
FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.883-1

PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE

CÓDIGO: HSE-FOR-188
VERSIÓN 1
FECHA APROBACIÓN 09/10/2018

1 Información General

FECHA DE INICIO: 24-02-2024 (DÍA MES AÑO)
EMPRESA EJECUTORA: (RUSSY)
ÁREA O LUGAR: Colegio IEI de Bq-Bjo.
ACTIVIDAD A REALIZAR: Construccion y dotacion de cocina y comedor del Colegio IEI
PERMISO VALIDO HASTA: 29-02-2024 (DÍA MES AÑO)
Nº CONTRATO:
Nº PERSONAS EJECUTORAS:
HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Hilti menores, Foco, pala, Flexometro, Pulistic, llaves, Cortadora manual, Cornetilla, andamios.

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos.

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores) — SI [X] NO [ ]

	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?			X
¿Las mangueras se encuentran libre de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente soldados?	X		
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?			X
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?			X
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura			X
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.			X
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.			X

4 Registro/trabajo de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)	X	
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.	X	
Se ha verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)	X	
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS - ELÉCTRICOS - ESPACIOS CONFINADOS - EXCAVACIONES	X	

5 Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura. — SI [X] NO [ ]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. — SI [ ] NO [X]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo? — SI [ ] NO [X]

¿Cuales? _____

6 Advertencias (Diligenciadas por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [X] NO [ ]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [X] NO [ ]
¿Cuáles son los controles para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Emisión y Recibimientos

SOBRE EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

SOBRE EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y NO REGISTRO C.C.C.	EJECUTOR FIRMA Y NO REGISTRO C.C.C.
24-02-2024	07:00 AM - 5:00 PM	[illegible]	[illegible]
26-02-2024	07:00 AM - 5:00 PM	[illegible]	[illegible]
27-02-2024	07:00 AM - 5:00 PM	[illegible]	[illegible]
28-02-2024	07:00 AM - 5:00 PM	[illegible]	[illegible]
29-02-2024	07:00 AM - 5:00 PM	[illegible]	[illegible]
01-02-2024	7:00 AM - 5:00 PM		
02-02-2024	7:00 AM - 5:00 PM		

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:
- [NO] El trabajo ha sido terminado
- [SI] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [SI] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

[illegible] 1098758093
NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- [ ] El área quede limpia y libre de desechos y materiales
- [ ] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [ ] El permiso de trabajo ha sido cancelado DEFINITIVAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR
FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

ANEXO 9. INSPECCIONES

WRUSSY INGENIEROS S.A.S	**INSPECCION PREOPERACIONAL ANDAMIO ESTRUCTURAL**	**CODIGO: HSE-FOR-113-24** **VERSION: 1** **FECHA DE APROBACION: 08/01/2019**

OBJETO:	Construcción y dotación de comedor y cocina del colegio ITSI de Suaita.
N° CONTRATO	0956-23
ENTIDAD CONTRATANTE	Alcaldia Fecha: 26-02-2024.
EMPRESA CONTRATISTA	WRUSSY Ingenieros SAS 02-05-2024.

	ASPECTO EVALUADO (SI/NO)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	El andamio es metálico y tubular	✓			
2	Los componentes están libres de oxidaciones graves que puedan reducir su resistencia	✓			
3	Las bases se encuentran niveladas, duras y rigidas	✓			
4	El andamio es armado por una persona competente con certificación vigente	✓			
5	La estructura es adecuadamente armada y	✓			
6	El andamio está sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más)	✓			
7	Los componentes son compatibles y se encuentran certificados	✓			
8	Las plataformas son resistentes, antideslizantes y están en buen estado (No lisas, ni rotas)	✓			
9	Las plataforma están aseguradas y sin separaciones (no se deslizan)	✓			
10	El andamio es armado lejos de lineas eléctricas	✓			
11	Cuenta con baranda superior	✓			
12	Cuenta con baranda intermedia	✓			
13	Cuenta con rodapiés	✓			
14	La zona donde se realiza el armado se encuentra señalizada	✓			
15	El andamio se encuentra calzado, nivelado y anclado correctamente en el suelo	✓			
16	La plataforma se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo sin arrumes, ni acumulación de materiales y desperdicios	✓			

FIRMA		
FIRMA	**FIRMA OPERADOR (AYUDANTE**	Elkin Reyes
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	
	COPASST	Sin copia
	FIRMA ASESOR HSEQ	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES	CODIGO: HSE-FOR-05
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Construcción y dotación de comedor y cocina en el colegio ITSI del distrito de bca-bq.		
N° contrato	0756-23		
Entidad Contratante:	Alcaldía.	**NIT:**	
Empresa Contratista:	Wessy Ingenieros S.A.	**NIT:**	901.109885-1
Ubicación del botiquin:			
Tipo de botiquin:	Móvil X	Fijo	**Señalización:** Tiene No tiene

	ELEMENTO	Cantidad mínima	Cumple SI = √ No=X	Fecha de Vencimiento	OBSERVACIONES
	Antiséptico				
1	Solución salina o suero fisiológico en bolsa	500ml	✓	JUN 2025	
2	Alcohol antiséptico 70% (botella plástica) Limpieza instrumental	120ml	✓	NOV 2025	
3	Yodopovidona- Isodine Espuma	60ml	✓	JUN 2025	
4	Jabón Liquido Antibacterial	60ml	✓		
	Elementos de Protección Personal				
5	Guantes látex desechables (empaque individual)	6 pares	✓	04-11-25.	
6	Tapabocas desechables (empaque individual)	4	✓		
7	Monogafas (empaque individual)	1	✓		
8	Mascarilla Facial de Bolsillo para RCCP (reanimación cerebrocardiopulmonar)	1	X		
	Instrumental				
9	Tijera universal	1	✓		
10	Linterna Pequeña	1	X		
11	Termómetro digital o de mercurio	1	X		
12	Gotero y/o Jeringa	1	✓		
13	Inmovilizador cervical multitalla (adulto)	1	✓		
14	Inmovilizadores Maleables (para brazos y piernas)	4	✓		

Curación					
15	Algodón	Bolsa 50g	✓		
16	Gasa en paquetes individual	4 paquetes	X		no hay.
17	Vendas elástica con gancho	1	✓		
18	Vendas elásticas de 5 Yardas x 4Pulg	3	✓		
19	Curitas	40	✓		
20	Toalla higiénica (Apósitos)	4	✓		
21	Venda triangular	6	✓		
22	Esparadrapo de Micropore	1 rollo	✓		
23	Esparadrapo de Tela tamaño Grande	1 rollo	✓		
24	Aplicadores (Copitos)	50	✓		
25	Bajalenguas	20	✓		
26	Compresas	4	✓		
Hidratación					
27	Suero oral de rehidratación (Hidraplus)	6 sachets	✓		
Varios					
28	Bolsas de plástico (Roja)	2	✓		
29	Camilla	1	✓		

INSPECCIONO: Insp SST — **FECHA DE INSPECCION:** 26-03-2024. 01-03-2024.

NOMBRE: Sandra Santiago — CARGO: Insp SST — FIRMA

COPASST

INSPECCIONO: Antonio Carvallido — **FECHA DE INSPECCION:** 26-03-2024

NOMBRE: Antonio C. — CARGO: Ayudante — FIRMA Antonio C.

WRUSSY INGENIEROS S.A.S.	FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES	CODIGO: HSE-FOR-05
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Objeto:	Construcción y dotación de comedor y cocina en el Colegio ITSI. del distrito de bua-bja.		
N° contrato	0756-23		
Entidad Contratante:	Alcaldia	**NIT:**	
Empresa Contratista:	Wrussy Ingenieros S.A.S	**NIT:**	901.109.895-1
Ubicación del botiquin:			
Tipo de botiquin:	Móvil ___ Fijo ___	**Señalización:** ___	Tiene ___ No tiene ___

	ELEMENTO	Cantidad mínima	Cumple SI = √ No=X	Fecha de Vencimiento	OBSERVACIONES
	Antiséptico				
1	Solución salina o suero fisiológico en bolsa	500ml	✓	JUN 2025	
2	Alcohol antiséptico 70% (botella plástica) Limpieza instrumental	120ml	✓	NOV 2025	
3	Yodopovidona- Isodine Espuma	60ml	✓	JUN 2025	
4	Jabón Liquido Antibacterial	60ml	✓		
	Elementos de Protección Personal				
5	Guantes látex desechables (empaque individual)	6 pares	✓	04-11-25	
6	Tapabocas desechables (empaque individual)	4	✓		
7	Monogafas (empaque individual)	1	✓		
8	Mascarilla Facial de Bolsillo para RCCP (reanimación cerebrocardiopulmonar)	1	X		
	Instrumental				
9	Tijera universal	1	✓		
10	Linterna Pequeña	1	X		
11	Termómetro digital o de mercurio	1	X		
12	Gotero y/o Jeringa	1	✓		
13	Inmovilizador cervical multitalla (adulto)	1	✓		
14	Inmovilizadores Maleables (para brazos y piernas)	4	✓		

Curación					
15	Algodón	Bolsa 50g	✓		
16	Gasa en paquetes individual	4 paquetes	X		no hay
17	Vendas elástica con gancho	1	✓		
18	Vendas elásticas de 5 Yardas x 4Pulg	3	✓		
19	Curitas	40	✓		
20	Toalla higiénica (Apósitos)	4	✓		
21	Venda triangular	6	✓		
22	Esparadrapo de Micropore	1 rollo	✓		
23	Esparadrapo de Tela tamaño Grande	1 rollo	✓		
24	Aplicadores (Copitos)	50	✓		
25	Bajalenguas	20	✓		
26	Compresas	4	✓		
Hidratación					
27	Suero oral de rehidratación (Hidraplus)	6 sachets	✓		
Varios					
28	Bolsas de plástico (Roja)	2	✓		
29	Camilla	1	✓		

INSPECCIONO: Insp SST	**FECHA DE INSPECCION:** 20-03-2024 24-03-2024.	
NOMBRE: Sandra Santiago	CARGO: Insp SST	FIRMA
COPASST		
INSPECCIONO: Ayudante.	**FECHA DE INSPECCION:**	
NOMBRE: Elvis Corpus.	CARGO: ayudante.	FIRMA Elvis Corpus

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Construcción y dotación comedor y cocina del Cdegio ITSI bua-bja.		
N° CONTRATO	0756-23		
ENTIDAD CONTRATANTE	Alcaldía.	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Wessy Ingenieros SAS.	NIT	901109885-1

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Elkin Reyes.

MES 04 al 09 Marzo 2024. TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL	Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?	✓		✓		✓		✓	
	Se utiliza la herramienta de forma adecuada?	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro	✓		✓		✓		✓	
	Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas	✓		✓		✓		✓	
	Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados	✓		✓		✓		✓	
	Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano	✓		✓		✓		✓	
	Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.	✓		✓		✓		✓	
	Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado	✓		✓		✓		✓	
	Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Elkin Rey		Elkin Rey		Elkin Rey		Elkin Rey	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ	[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]	
	COPASST	Elvis		Elvis		Elvis		Elvis.	
	FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Construcción y dotacion comedor y cocina del Codego ITSI de bca-sg.		
N° CONTRATO	0156-23		
ENTIDAD CONTRATANTE	Alcaldía	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Wrussy Ingenieros	NIT	901092885-1

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Elvis Cabrera.

MES 11 al 16 Marzo 2024. TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL	Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?	✓		✓		✓		✓	
	Se utiliza la herramienta de forma adecuada?	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro	✓		✓		✓		✓	
	Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas	✓		✓		✓		✓	
	Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados	✓		✓		✓		✓	
	Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano	✓		✓		✓		✓	
	Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.	✓		✓		✓		✓	
	Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado	✓		✓		✓		✓	
	Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Elvis C -		Elvis Cap		Elvis Cap		Elvis Cap.	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST	Antonio C		Antonio		Antonio		Antonio C	
	FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

RUSSY INGENIEROS S.A.S. NIT. 901.109.885-1	INSPECCION PREOPERACIONAL HERRAMIENTAS MANUALES	CODIGO: HSE-FOR-24
		VERSION: 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Construcción y dotación cocina y comedor del Colegio ETSI boca-bq.		
N° CONTRATO	0756-23		
ENTIDAD CONTRATANTE	Alcaldia.	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Wessy Ingenieros SAS.	NIT	901098885-1.

HERRAMIENTAS N° OPERADOR Antonio Corvallido.

MES 26 al. 02- Marzo. 2024. TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESTADO GENERAL	Se utilizan las herramientas diseñadas especialmente para la tarea?	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas utilizadas están en perfectas condiciones (aptas para utilización y funcionamiento)?	✓		✓		✓		✓	
	Se utiliza la herramienta de forma adecuada?	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas son tan livianas como para no forzar el brazo y el hombro	✓		✓		✓		✓	
	Herramientas dañadas, con defectos o gastadas son removidas del servicio hasta que sean reparadas	✓		✓		✓		✓	
	Los trabajadores solo usan herramientas con las cuales tienen experiencia o han sido entrenados	✓		✓		✓		✓	
	Las tareas son variadas para evitar que la misma herramienta no sea usada todo el día cansando la mano	✓		✓		✓		✓	
	Los trabajadores que usan herramientas siempre usan lentes de seguridad para los ojos o cara	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas son guardadas en bolsas de herramientas u otros recipientes apropiados cuando no están en uso. Herramientas con filo o puntiagudas son	✓		✓		✓		✓	
	Las herramientas no se dejan en las escaleras, andamios o áreas de a trabajo arriba de la cabeza.	✓		✓		✓		✓	
	Los magos de las herramientas se encuentran en buen estado	✓		✓		✓		✓	
	Cuando el trabajo con herramientas envuelve posibles riesgos de cortaduras, quemaduras, peligros físicos o químicos, los trabajadores usan protección para las manos	✓		✓		✓		✓	
FIRMA	FIRMA OPERADOR (AYUDANTE TECNICO)	Antonio C		Antonio C		Antonio C.		Antonio C	
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	COPASST	Elvis		Elvis		Elvis		Elvis. C.	
	FIRMA ASESORA HSEQ								

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA	CODIGO: HSE-FOR-20
		VERSION: 1
		FECHA DE APROBACION: 08/01/2019

OBJETO	Construccion y dotacion de com. 3 y 4 cocina del Colegio IEI de Sta-Sta.		
N° CONTRATO	0756-22		
ENTIDAD CONTRATANTE	Alcaldia.	NIT	
EMPRESA CONTRATISTA	Wrussy Ingenieros SAS	NIT	901109885-1

PULIDORA No. OPERADOR Elkin Reyes.

MES 9 al 16 Marzo TAMAÑO: G P

ITEM	CONCEPTO	1		2		3.		4	
		B	M	B	M	B	M	B	M
ESTADO GENERAL E INSPECCIÓN OPERACIONAL	Estado del cable y las conexiones eléctricas	✓		✓					
	Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓					
	Estado del accesorio portadiscos	✓		✓					
	Estado del mango	✓		✓					
	Estado del cuerpo (CARCAZA)	✓		✓					
	Estado del disco de corte (Verificar capacidad en RPM)	✓		✓					
	Carcaza de protección del disco instalada	✓		✓					
	Carcaza de protección del disco ajustada	✓		✓					
	Extensión eléctrica suficientemente larga de acuerdo con ubicación del equipo y del tablero eléctrico	✓		✓					
	Voltaje del tablero eléctrico coincide con el especificado para la pulidora	✓		✓					
	Cuadro eléctrico protegido	✓		✓					
	Se verifica guarda de seguridad	✓		✓					
	Estado general de la guía y la guarda	✓		✓					
	El disco gira en sentido de las manecillas del reloj (izquierda - derecha)	✓		✓					
	Contratuerca asegurada al eje	✓		✓					
	Escobillas funcionando	✓		✓					
	No se evidencia cortos(chispas, humo, fuego) durante manipulación de la pulidora	✓		✓					
	No se evidencia recalentamiento del equipo durante su operación	✓		✓					
	No se evidencian ruidos extraños durante el funcionamiento de la pulidora	✓		✓					
	Estado de la plaqueta de identificación	✓		✓					
FIRMA	FIRMA OPERADOR (TECNICO)	Elkin Reyes		Elkin Reyes					
	FIRMA INSPECTOR HSEQ								
	FIRMA ASESORA HSEQ								
	FIRMA DEL COPASST	Antonio C.		Antonio					

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENT.

ANEXO 10. ACCIDENTALIDAD

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ACCIDENTALIDAD	CÓDIGO: HSE-FOR-65
		VERSIÓN: 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 06/01/2019

FECHA 30 de Febrero al 28 de Marzo del 2024

UBICACIÓN ESTACIÓN AGUATIBIA, DE

OBSERVACIÓN En el mes de 24 de Febrero al 28 de Marzo del 2024 no se presentaron accidentes laborales

EMPRESA	ESPECIFICACIÓN	Accidentes personales según gravedad				Nº de accidentes potenciales	Lista de accidentes con daños personales o ocasionados directos	Nº de accidentes con daño material	Lista de accidentes con daño material	Nº de accidentes con daño ambiental	Lista de accidentes con daño ambiental	Accidentes o sintomas según gravedad				Nº de accidentes enfermos	Lista de accidentes con daños personales o laborales	Días perdidos (clave en p.t.hrs)	Horas hombre trabajadas	Costo aproximado o perdida por accidentes	Índices varios colombianos			Índices varios colombianos	
		Leve	Moderado (M)	Fatal (F)	Total (L+M+F)							Leve	Moderado (M)	Fatal (F)	Total (L+M+F)						Índice de Frecuencia	Índice de Severidad	Índice de Accidentabilidad	Índice de Accidentalidad	Índice de Severidad
		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	Ninguno	0	144	$0 1.00	0,00	0,0000	0 / 0	0,0	0,0
		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	$0 1.00	0	0	0	0,0	0,0
																								0,0	0,0

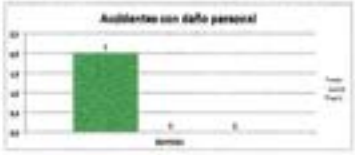
Actividad Mensual	EMPRESA	Nº de contratistas	Tipo de accidentes				Total de accidentes personales
			Leve (L)	Moderado (M)	Fatal (F)	Total (L+M+F)	
		0	0	0	0	0	0
Total		0	0	0	0	0	0

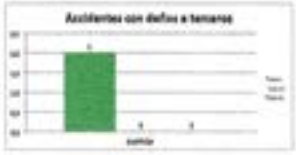
Total de accidentes con daño material
0
0

Nº de accidentes con daño ambiental	Total de accidentes con daño ambiental	Tipo de accidentes				Total de accidentes o sintomas
		Leve (L)	Moderado (M)	Fatal (F)	Total (L+M+F)	
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0

Total de días perdidos	Total de horas hombre trabajadas	Monto aproximado o perdida por accidentes	Índices colombianos		
			Índice de Frecuencia	Índice de Severidad	Índice de Accidentalidad
0	144	$0 1.00	0,00	0,0000	0 / 0
0	144	1	0	0	0

Índice de Accidentalidad	Índice de Severidad
0,0	0,0
0,0	0,0
0,0	0,0









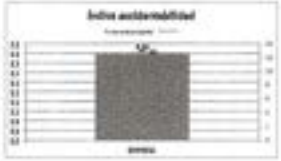
















Nombre (Elaboró):	Nombre y Apellido:	Vo.Bo.:
Kevin Lisandi Salamanca Rojas	Kevin Lisandi Salamanca Rojas	Wilmer Francisco Acosta Cadena
1.057.598.784	1.057.598.784	80.413.389
Residente HSEQ	Director HSEQ	Gerente General

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
NUEVA EPS S.A.	037	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PORVENIR — Código AFP: 003

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

Nombre o razón social

WILVER RUSSY LADINO

Tipo de identificación: ( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 80212380

Dirección	Teléfono	Fax
CL 8F # 79 - 94	4111513	

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
PROYECTOS@WRUSSYINGENIEROS.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal? (•) Si ( ) No

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo — Código de la actividad económica del centro de trabajo: 5711001

ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE

Dirección	Teléfono	Fax
BARRANCABERMEJA	4111513	

Departamento	Municipio	Zona
SANTANDER	BARRANCABERMEJA	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: (•) Planta ( ) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
CARPIO	PEÑALOZA	ELVIS

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1096212001	05071991	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CR 55 B # 72 A - 116 BLOQ 37 P 4 CTRO DE LA MODA	3510037	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
SANTANDER	BARRANCABERMEJA	(•) U ( ) R	AYUDANTE DE OBRA

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
TÉCNICOS, POSTSECUNDARIOS NO UNIVERSITARIOS EN INGENIERÍA CIVIL, ARQUITECTURA,	11:19

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
07032023	1300000	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
26022024 11:00:00	S	Lunes

Jornada en que sucede: (•) Normal ( ) Extra — ¿Estaba realizando su labor habitual? (•) Si ( ) No — ¿Cuál?

¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	SANTANDER	BARRANCABERMEJA	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente: 4:0 — Tipo de accidente: ( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

Lugar donde ocurrió el accidente — (•) Dentro de la empresa ( ) Fuera de la empresa

Indique cuál sitio

( ) Almacenes o depósitos
(•) Áreas de producción
( ) Áreas recreativas o deportivas
( ) Corredores o pasillos
( ) Escaleras
( ) Parqueaderos o áreas de circulación vehícular
( ) Oficinas
( ) Otras áreas comunes
( ) Otro

Parte del cuerpo aparentemente afectado

( ) Cabeza
( ) Ojo
( ) Cuello
( ) Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
( ) Tórax
( ) Abdomen
( ) Miembros superiores
( ) Manos
( ) Miembros inferiores
(•) Pies
( ) Ubicaciones múltiples
( ) Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

( ) Fractura
( ) Luxación
(•) Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida
( ) Conmoción o trauma interno
( ) Amputación o ennucleación
( ) Herida
( ) Trauma superficial
( ) Golpe contusión o aplastamiento
( ) Quemadura
( ) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
( ) Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente
( ) Asfixia
( ) Efecto de la electricidad
( ) Efecto nocivo de la radiación
( ) Lesiones múltiples
( ) Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

( ) Máquinas y/o equipos
( ) Medios de transporte
( ) Aparatos
( ) Herramientas, implementos o utensilios
( ) Materiales o sustancias
( ) Radiaciones
(•) Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
( ) Otros agentes no clasificados
( ) Animales (vivos o productos animales)
( ) Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

( ) Caída de personas
( ) Caída de objetos
( ) Pisadas, choques o golpes
( ) Atrapamientos
( ) Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
( ) Exposición o contacto con temperatura extrema
( ) Exposición o contacto con la electricidad
( ) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
(•) Golpes por o contra objetos
( ) Otro

Descripción del accidente

EL COLABORADOR SE ENCONTRABA CAMINANDO POR EL ÁREA DE TRABAJO, EN UN ALTIBAJO SE LE DOBLA EL PIE DERECHO , PRESENTA DOLOR EN EL PIE Y EN COLUMNA

Personas que presenciaron el accidente — Hubo personas que presenciaron el accidente? (•) Si ( ) No

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	DAVID ALFONSO ZAMBRANO		
Cargo	CONTRATISTA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	91421543
Apellidos y nombres		Documento de identidad	No.
Cargo		CC TI CE NU PA	

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	SANTIAGO CAMACHO SANDRA MILENA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	37712004
Cargo	INSPECTORA HSEQ		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
26-02-2024 17:01:54
26-02-2024 17:01:54
RECIBIDO

Fecha Impresión 26-02-2024 17:01:58

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
NUEVA EPS S.A.	037	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PORVENIR — Código AFP: 003

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS

Nombre o razón social

WILVER RUSSY LADINO

Tipo de identificación: ( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 80212380

Dirección	Teléfono	Fax
CL 8F # 79 - 94	4111513	

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
PROYECTOS@WRUSSYINGENIEROS.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal? (•) Si ( ) No

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo — Código de la actividad económica del centro de trabajo: 5711001

ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE

Dirección	Teléfono	Fax
BARRANCABERMEJA	4111513	

Departamento	Municipio	Zona
SANTANDER	BARRANCABERMEJA	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: (•) Planta ( ) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
CARVALLIDO	CARPIO	ANTONIO JOSE

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1096242479	25031997	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
VEREDA PUERTO LOS MANGOS	7462339	

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
BOGOTA D.C.	BOGOTA	(•) U ( ) R	AYUDANTE DE OBRA

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OBREROS DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS	11:21

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
06032023	1300000	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
23022024 16:30:00	S	Viernes

Jornada en que sucede: (•) Normal ( ) Extra — ¿Estaba realizando su labor habitual? (•) Si ( ) No — ¿Cuál?

¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	SANTANDER	BARRANCABERMEJA	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente: 9:30 — Tipo de accidente: ( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

Lugar donde ocurrió el accidente — (•) Dentro de la empresa ( ) Fuera de la empresa

Indique cuál sitio

- ( ) Almacenes o depósitos
- (•) Áreas de producción
- ( ) Áreas recreativas o deportivas
- ( ) Corredores o pasillos
- ( ) Escaleras
- ( ) Parqueaderos o áreas de circulación vehícular
- ( ) Oficinas
- ( ) Otras áreas comunes
- ( ) Otro

Parte del cuerpo aparentemente afectado

- ( ) Cabeza
- ( ) Ojo
- ( ) Cuello
- ( ) Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
- ( ) Tórax
- ( ) Abdomen
- ( ) Miembros superiores
- ( ) Manos
- ( ) Miembros inferiores
- (•) Pies
- ( ) Ubicaciones múltiples
- ( ) Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

- ( ) Fractura
- ( ) Luxación
- (•) Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida
- ( ) Conmoción o trauma interno
- ( ) Amputación o ennucleación
- ( ) Herida
- ( ) Trauma superficial
- ( ) Golpe contusión o aplastamiento
- ( ) Quemadura
- ( ) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
- ( ) Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente
- ( ) Asfixia
- ( ) Efecto de la electricidad
- ( ) Efecto nocivo de la radiación
- ( ) Lesiones múltiples
- ( ) Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

- ( ) Máquinas y/o equipos
- ( ) Medios de transporte
- ( ) Aparatos
- ( ) Herramientas, implementos o utensilios
- ( ) Materiales o sustancias
- ( ) Radiaciones
- (•) Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
- ( ) Otros agentes no clasificados
- ( ) Animales (vivos o productos animales)
- ( ) Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

- ( ) Caída de personas
- ( ) Caída de objetos
- ( ) Pisadas, choques o golpes
- ( ) Atrapamientos
- ( ) Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
- ( ) Exposición o contacto con temperatura extrema
- ( ) Exposición o contacto con la electricidad
- ( ) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
- (•) Golpes por o contra objetos
- ( ) Otro

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA RECOGIENDO LA HERRAMIENTA PARA CULMINAR LA JORNADA, Y CAMINANDO SE LE DOBLÓ EL PIE DERECHO PROVOCÁNDOLE MALESTAR E INFLAMACIÓN DEL TOBILLO DESPUÉS DE UN TIEMPO DE LA LESIÓN

Personas que presenciaron el accidente — Hubo personas que presenciaron el accidente? ( ) Si (•) No

Apellidos y nombres	Documento de identidad	No.
Cargo	CC TI CE NU PA	
Apellidos y nombres	Documento de identidad	No.
Cargo	CC TI CE NU PA	

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Apellidos y nombres	SANTIAGO CAMACHO SANDRA MILENA S	Documento de identidad	No.
Cargo	RESIDENTE SST	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	37712004

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
27-02-2024 10:07:46
27-02-2024 10:07:46
RECIBIDO

Fecha Impresión 12-03-2024 20:51:03

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLINICA REINA LUCIA
NIT: 900.936.058-9
Dirección: Cra 15B DG 56 25 33
Tel: 3176571485 - 3166282198

PLAN DE MANEJO EXTERNO

DATOS PERSONALES

Nº Historia Clinica:	1096242479	**Nº Folio:**	6	**Folio Asociado:**	
Nombre Paciente:	ANTONIO JOSE CARVALLIDO CARPIO	**Identificacion:**	1096242479	**Sexo:**	Masculino
Fecha Nacimiento:	25/marzo/1997 **Edad Actual:** 26 Años / 11 Meses / 1 Dias	**Estado Civil:**	Soltero		
Dirección:	VEREDA PUERTO LOS MANGOS	**Teléfono:**	3118589952		
Procedencia:	ANTIOQUIA	**Ocupación:**			

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A		
Plan Beneficios:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A ARL	**Nivel - Estrato:**	ARL

DATOS DEL INGRESO

Nº Ingreso:	167969	**Fecha:**	24/02/2024	**Finalidad Consulta:**	No_Aplica	**Causa Externa:**	Accidente_de_Trabajo
Diagnóstico:	S934					**A. de Servicio:**	AREA DE URGENCIAS

MEDICAMENTOS POS ☐ **DE CONTROL**

Medicamento:	GF0001	IBUPROFENO 400MG TABLETA		**Cantidad:**	15
Concentracion:	400 MG	**Unidad:** TABLETA	**Via Administración:** Oral	**Duración:**	0
Posologia:					
Medicamento:	19935303	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA LAFRANCOL		**Cantidad:**	20
Concentracion:	500MG	**Unidad:** TABLETA	**Via Administración:** Oral	**Duración:**	0
Posologia:	ACETAMINOFEN 500MG CADA 6HR POR CINCO DIAS.				

Total Items: 2

Alejandra CH

CASTRO HURTADO MARIA ALEJANDRA
Tarjeta Profesional: 1238938069
Especialidad: MEDICINA GENERAL

FIRMA PACIENTE

CADUCIDAD DE LA ORDEN 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

LICENCIADO A: [CLINICA REINA LUCIA S.A.S] NIT [900936058-9]

CLINICA REINA LUCIA
NIT: 900.936.058-9
Dirección: Cra 15B DG 56 25 33
Tel: 3165282198 - 3176571485 - 6118383 ext 416

SOLICITUD DE EXÁMENES

DATOS PERSONALES

Nº Historia Clínica:	**Cédula_Ciudadanía** 1096242479	**Nº Folio:**	5	**Folio Asociado:**	
Nombre Paciente:	ANTONIO JOSE CARVALLIDO CARPIO	**Identificacion:**	1096242479	**Sexo:**	Masculino
Fecha Nacimiento:	25/marzo/1997 **Edad Actual:** 26 Años / 11 Meses / 1 Dias	**Estado Civil:**	Soltero		
Dirección:	VEREDA PUERTO LOS MANGOS	**Teléfono:**	3118589952		
Procedencia:	ANTIOQUIA	**Ocupación:**			

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A		
Plan Beneficios:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A ARL	**Nivel - Estrato:**	ARL

DATOS DEL INGRESO

Nº Ingreso:	167969	**Fecha:**	24/02/2024	**Finalidad Consulta:**	No_Aplica	**Causa Externa:**	Accidente_de_Trabajo
Diagnóstico:	S934						

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	4110	CONSULTA EXTERNA	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
39141	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL			1	Rutinario
OBSERVACIÓN:	EN CINCO DIAS.				

Total Items: 1

Alejandra CH

CASTRO HURTADO MARIA ALEJANDRA
Tarjeta Profesional: 1238938069
Especialidad: MEDICINA GENERAL

FIRMA PACIENTE

LICENCIADO A: [CLINICA REINA LUCIA S.A.S] NIT [900936058-9]

Fecha Actual : sábado, 24 febrero 2024

CLINICA REINA LUCIA S.A.S

Nit: 900.936.058-9
680810515701
Dir: CRA 15B D66 N 25 33
Tel: 611 83 83

INCAPACIDAD MÉDICA N°52050

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 24/febrero/2024 10:53 a. m.
Médico: 1238938069 - CASTRO HURTADO MARIA ALEJANDRA
Información Paciente: ANTONIO JOSE CARVALLIDO CARPIO **Tipo Paciente:** Otro **Sexo:** Masculino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1096242479 **Edad:** 26 Años / 11 Meses / 1 Días **F. Nacimiento:** 25/03/1997
Entidad: 044 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A
Entidad Eps: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Causa externa: Ninguna
Grupo De Servicio: ConsultaExterna **Modalidad:** Intramural
Diagnóstico: S934 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO
Días de Incapacidad: 7 **Desde:** 24/febrero/2024 **Hasta:** 01/marzo/2024
Descripción de la incapacidad:

Alejandra CH

CASTRO HURTADO MARIA ALEJANDRA
Tarjeta Profesional: 1238938069
Especialidad: MEDICINA GENERAL

ENCIADO A: [CLINICA REINA LUCIA S.A.S] NIT [900936058-9]

Clínica Reina Lucía
900.936.058-9

CLINICA REINA LUCIA S.A.S.

NIT: 900.936.058-9
CRA 15B D56 N 25 33

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 24/02/2024 **Ingreso:** 167969 **Fecha Ingreso:** 24/02/2024
Informacion Paciente: ANTONIO JOSE CARVALLIDO CARPIO **Tipo Paciente:** Otro **Sexo:** Masculino
Documento: CédulaCiudadanía 1096242479 **F. Nacimiento:** 25/03/1997 **Edad:** 26 Años / 11 Meses / 1 Días
Médico: 1238938069 - CASTRO HURTADO MARIA ALEJANDRA
E.P.S: 045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A
Entidad: 045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Estado Ingreso:
Servicio de Egreso: Ninguna **Fecha Egreso:** 24/febrero/2024 10:54 a. m. **Estado Paciente:** VIVO
Motivo Consulta: ACCIDENTE DE TRABAJO

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS SIN ANTECEDENTES CONOCIDOS QUE INGRESA EN CONTETO DE ACCIDENTE LABORAL, REFIERE QUE MIENTRAS REALIZABA SUS LABORES RECOGIENDO UNA HERRAMIENTA SUFRE TRAUMATISMO EN HIPEREXTENSION DEL TOBILLO CON POSTERIOR DOLOR INTENSO, EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL MOTIVO POR EL QUE INGRESA

Revisión del Sistema: NIEGA.
No

Antecedentes:
Tipo:Médicos Fecha: 23/06/2021 01:33 p. m. Detalle: NOO REFIERE
Tipo:Alérgicos Fecha: 23/06/2021 01:33 p. m. Detalle: NO REFIERE
Tipo:Médicos Fecha: 24/02/2024 08:53 a. m. Detalle: NIEGA
Tipo:Alérgicos Fecha: 24/02/2024 08:53 a. m. Detalle: NIEGA

900.936.058-9

CLINICA REINA LUCIA S.A.S.
NIT: 900.936.058-9
CRA 15B D56 N 25 33

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 24/02/2024 **Ingreso:** 167969 **Fecha Ingreso:** 24/02/2024
Información Paciente: ANTONIO JOSE CARVALLIDO CARPIO **Tipo Paciente:** Otro **Sexo:** Masculino
Documento: CédulaCiudadanía 1096242479 **F. Nacimiento:** 25/03/1997 **Edad:** 26 Años / 11 Meses / 1 Días
Médico: 1238938069 - CASTRO HURTADO MARIA ALEJANDRA
E.P.S: 045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A
Entidad: 045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Examen Físico:

Sistólica: 130
Diastólica: 70
Media: 90
Frecuencia Cardiaca: 84
Frecuencia Respiratoria: 19
Temperatura: 37,00
Peso: 0,00
Glasgow: 15
S.C: 0,00
Talla: 0,00
IMC: 0,00
Apariencia General: ALERTA, ALGICO
Cabeza y órganos de los sentidos
CABEZA SIN DEFORMIDAD, SIN HEMATOMAS, SIN CONTUSIONES. CUERO CABELLUDO SIN HERIDAS PENETRANTES NI LACERACIONES CUTANEAS
OJOS: SIMETRICOS, SIN EDEMA, NI CONTUSIONES, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y A LA ACOMODACIÓN, SIMÉTRICOS CON MOVIMIENTOS OCULARES SIN RESTRICCION. OIDOS: PABELLONES AURICULARES SIN LESIONES CUTANEAS, SIN OTORREA NI OTOLIQUIA
NARIZ: SIN LACERACIONES, SIN LATERORRINEA, SIN EPISTAXIS, MUCOSA NASAL INTEGRA, SIN HUELLAS DE SANGRADO, SIN OTRO TIPO DE SECRECION.
BOCA: LABIOS SIMÉTRICOS DE TAMAÑO NORMAL, SIN HERIDAS EXTERNAS, MUCISA ORAL INTEGRA, PIEZAS DENTALES SIN CAMBIOS, APERTURA Y CIERRE MANDIBULAR CONSERVADOS.
Tórax - Sistema Cardiopulmonar: SIMÉTRICO, SIN CONTUSIONES NI HERIDAS EN PIEL, CON BUEN PATRÓN VENTILATORIO Y RESPIRATORIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA, NO PRESENCIA DE TIRAJES RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS.
Abdomen:
ABDOMEN SIN EVIDENCIA DE LESIONES NI HERIDAS EXTERNAS, SIN HERIDAS PENETRANTES, NO EQUIMOSIS, BLANDO, DEPRESIBLE, NO PRESENTA MASAS NI VISCEROMEGALIAS, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITINEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
Genitourinario: NO EVALUADO
Sistema Nervioso Central: PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO NORMAL, LENGUAJE COHERENTE Y APROPIADO, MEMORIA REMOTA Y RECIENTE CONSERVADA, JUICIO Y RACIOCINIO NORMAL. PARES CRANEANOS SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, TONO NORMAL, SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA NORMAL.
Dorso y Extremidades:
COLUMNA DORSAL O TORÁXICA: NORMAL

COLUMNA LUMBOSACRA: NORMAL

EXTREMIDADES SUPERIORES:

EXTREMIDAES INFERIORES: TOBILLO DERECHO PRESENTA INMOVILIDAD DE LA EXTREMIDAD, CON AUMENTO DEL VOLUMEN COMPARATIVO POR EDEMA, SIN MOVIMIENTOS ACTIVOS, IMPOSIBILIDAD PARA LA (FLEXIÓN, EXTENSIÓN, ROTACIÓN) CON DOLOR 8/10 EN EVA
SO2: 99,00
Cuello
SIMÉTRICO, SIN LESIONES DÉRMICAS, SIN DOLOR.
COLUMNA CERVICAL: SIN DEFORMIDAD, FLEXO-EXTENSION, INCLINACION LATERAL Y ROTACION SIN RESTRICCIONES, SIN DOLOR CON EL MOVIMIENTO.
Pelvis:
SIN DEFORMIDAD, MOVIMIENTOS DE FLEXION, EXTENSIÓN, ABDUCCION, ADUCCION, ROTACION INTERNA Y EXTERNA SIN RESTRICCIONES, SIN DOLOR.
Piel y Faneras: PIEL HIDRATADA, SIN ESCORIACIONES O HERIDAS PENETRANTES, SIN EQUIMOSIS, NO SE EVIDENCIAN HEMATOMAS.

LICENCIADO A: [CLINICA REINA LUCIA S.A.S] NIT [900936058-9]

Clínica Reina Lucía
900.936.058-9

CLINICA REINA LUCIA S.A.S.
NIT: 900.936.058-9
CRA 15B D56 N 25 33

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 24/02/2024 **Ingreso:** 167969 **Fecha Ingreso:** 24/02/2024
Informacion Paciente: ANTONIO JOSE CARVALLIDO CARPIO **Tipo Paciente:** Otro **Sexo:**Masculino
Documento: CédulaCiudadanía 1096242479 **F. Nacimiento:** 25/03/1997 **Edad:**26 Años / 11 Meses / 1 Días
Médico: 1238938069 - CASTRO HURTADO MARIA ALEJANDRA
E.P.S: 045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A
Entidad: 045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Justificación: PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TRAUMA EN TOBILLO DERECHO Y HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO DESCRITOS. SE INDICA OBSERVACION, MANEJO ANALGESICO Y TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS PARA DESCARTAR COMPROMISO OSEO ASOCIADO CON INDICACION DE REVALORACION CON RESULTADOS. SE EXPLICA

PLAN
OBSERVACION
DICLOFENACO 75MG IM
DEXAMETASONA 8MG IM
SS RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO
REVALORACION.

EVOLUCIONES

FECHA	MÉDICO	R.M	ESPECIALIDAD
24/02/2024 10:54 a. m.	CASTRO HURTADO MARIA ALEJANDRA	1238938069	MEDICINA GENERAL

DESCRIPCIÓN

NOTA DE REVALORACION.

PACIENTE MASCULINO EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO CON TRAUMA EN TOBILLO DERECHO. EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR MODULADO, SE VALORAN RADIOGRAFÍAS DE TOBILLO DERECHO EN LAS QUE NO IMPRESIONAN TRAZOS DE FRACTURA AGUDOS, SIN LUXACIONES ASOCIADAS. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CON PERSISTENCIA DE EDEMA DE PREDOMINIO EN MALEOLO LATERAL,DOLOR LEVE A LA PALPACION, CON ARCOS DE MOVIMIENTOS CONSERVADOS CON ESCASA LIMITACIÓN DADA POR DOLOR Y EDEMA. CURSANDO CON POSIBLE ESGUINCE GRADO I, DE MOMENTO SIN INDICACION DE INTERVENCIONES ADICIONALES, DADO LO ANTERIOR SE DA EGRESO CON SIGNOS DE ALARMA, RECOMENDACIONES, SE INDICA MANEJO SINTOMÁTICO, INCAPACIDAD MÉDICA Y CITA DE SEGUIMIENTO EN CINCO DÍAS POR CONSULTA EXTERNA.

PLAN
VENDAJE BULTOSO EN TOBILLO DERECHO
IBUPROFENO 400MG CADA 8HR POR CINCO DIA, ACETAMINOFEN 500MG CADA 6HR POR CINCO DIAS.
APLICAR MEDIOS FISICOS EN TOBILLO DERECHO (ALTERNAR FRIO CON CALOR)
SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA EN CINCO DIAS
INCAPACIDAD MEDICA 7 DIAS.

Indica Med/Conducta:
Condiciones Salida:
Indicación Paciente:
Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	S900	CONTUSION DEL TOBILLO	☑
Egreso	S934	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	☑

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	☑
39141	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	☑

MEDICAMENTOS

CLINICA REINA LUCIA
NIT: 900.936.058-9
Dirección: Cra 15B DG 56 25 33
Tel: 3176571485 - 3165282198

Clínica Reina Lucía

PLAN DE MANEJO EXTERNO

DATOS PERSONALES

Nº Historia Clinica:	1096212001		
Nombre Paciente:	ELVIS CARPIO PEÑALOZA	**Nº Folio:**	1 **Folio Asociado:**
Fecha Nacimiento:	05/julio/1991 **Edad Actual:** 32 Años / 7 Meses / 23 Días	**Identificacion:**	1096212001 **Sexo:** Masculino
Dirección:	VEREDA PUERTO LOS MANGOS YONDO	**Estado Civil:**	Soltero
Procedencia:	YONDO	**Teléfono:**	3004097010
		Ocupación:	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A		
Plan Beneficios:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A ARL	**Nivel - Estrato:**	ASEGURADO

DATOS DEL INGRESO

Nº Ingreso:	168149	**Fecha:**	26/02/2024	**Finalidad Consulta:**	No_Aplica	**Causa Externa:**	Accidente_de_Trabajo
Diagnóstico:	M545					**A. de Servicio:**	AREA DE URGENCIAS

MEDICAMENTOS POS ☐ DE CONTROL

Medicamento:	GF0314	NAPROXENO 250MG TABLETA		**Cantidad:**	10
Concentracion:	250 MG	**Unidad:** TABLETA	**Vía Administración:** Oral	**Duración:**	0
Posología:	TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 3 DIAS				
Medicamento:	LB0023	METOCARBAMOL 750MG TABLETA		**Cantidad:**	10
Concentracion:	750 MG	**Unidad:** TABLETA	**Vía Administración:** Oral	**Duración:**	0
Posología:	1 TAB CADA 8 HORAS POR 3 DIAS				

Total Items: 2

Andrea Gamba

GAMBA LADEUTT ANDREA PATRICIA
Tarjeta Profesional: 1005745709
Especialidad: MEDICINA GENERAL

FIRMA PACIENTE

CADUCIDAD DE LA ORDEN 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

LICENCIADO A: [CLINICA REINA LUCIA S.A.S] NIT [900936058-9]

Clínica Reina Lucía

CLINICA REINA LUCIA
NIT: 900.936.058-9
Dirección: Cra 15B DG 56 25 33
Tel: 3165282198 - 3176571485 - 6118383 ext 416

SOLICITUD DE EXÁMENES

DATOS PERSONALES

Nº Historia Clínica:	**Cédula_Ciudadanía** 1096212001	**Nº Folio:**	1	**Folio Asociado:**	
Nombre Paciente:	ELVIS CARPIO PEÑALOZA	**Identificacion:**	1096212001	**Sexo:**	Masculino
Fecha Nacimiento:	05/julio/1991 **Edad Actual:** 32 Años / 7 Meses / 23 Dias	**Estado Civil:**	Soltero		
Dirección:	VEREDA PUERTO LOS MANGOS YONDO	**Teléfono:**	3004097010		
Procedencia:	YONDO	**Ocupación:**			

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A		
Plan Beneficios:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A ARL	**Nivel - Estrato:**	ASEGURADO

DATOS DEL INGRESO

Nº Ingreso:	168149	**Fecha:**	26/02/2024	**Finalidad Consulta:**	No_Aplica	**Causa Externa:**	Accidente_de_Trabajo
Diagnóstico:	M545						

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	4110	CONSULTA EXTERNA	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
39141	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL			1	Rutinario
OBSERVACIÓN:	COTROL MEDICINA GENERAL EN 1 SEMANA				

Total Items: 1

Andrea Gamba

GAMBA LADEUTT ANDREA PATRICIA
Tarjeta Profesional: 1005745709
Especialidad: MEDICINA GENERAL

FIRMA PACIENTE

LICENCIADO A: [CLINICA REINA LUCIA S.A.S] NIT [900936058-9]

Fecha Actual : lunes, 26 febrero 2024

CLINICA REINA LUCIA S.A.S

Nit: 900.936.058-9
690810515701
Dir: CRA 15B D66 N 25 33
Tel: 611 83 83

INCAPACIDAD MÉDICA N°52114

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento:	26/febrero/2024 07:07 p. m.			
Médico:	1005745709 - GAMBA LADEUTT ANDREA PATRICIA			
Información Paciente:	ELVIS CARPIO PEÑALOZA	**Tipo Paciente:** Otro		**Sexo:** Masculino
Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía **Número:** 1096212001	**Edad:** 32 Años / 7 Meses / 23 Días		**F. Nacimiento:** 05/07/1991
Entidad:	044 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A			
Entidad Eps:	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A			

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Causa externa:	Accidente_de_Trabajo	**Fecha Accidente:**	26/02/2024
Grupo De Servicio:	ConsultaExterna	**Modalidad:**	Intramural
Diagnóstico:	M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO		
Días de Incapacidad:	2 **Desde:** 26/febrero/2024 **Hasta:**		27/febrero/2024

Descripción de la incapacidad:

INCAPACIDAD MEDICA POR 2 DIAS

Andrea Gamba

GAMBA LADEUTT ANDREA PATRICIA
Tarjeta Profesional: 1005745709
Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [CLINICA REINA LUCIA S.A.S] NIT [900936058-9]

Clínica Reina Lucía
900.936.058-9

CLINICA REINA LUCIA S.A.S.

NIT: 900.936.058-9
CRA 15B D56 N 25 33

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 26/02/2024 **Ingreso:** 168149 **Fecha Ingreso:** 26/02/2024
Informacion Paciente: ELVIS CARPIO PEÑALOZA **Tipo Paciente:** Otro
Documento: CédulaCiudadanía 1096212001 **F. Nacimiento:** 05/07/1991 **Sexo:**Masculino
Médico: 1005745709 - GAMBA LADEUTT ANDREA PATRICIA **Edad:**32 Años / 7 Meses / 23 Días
E.P.S: 045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A
Entidad: 045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Justificación: SE TRATA DE ADULTO MEDIO EN CONTEXYTO DE LUMBAGO DE NEXO MECÁNICO, SE DECIDE MANEJO SINTOMÁTICO Y EN AUSENCIA DE SIGNOS DE ALARMA, EGRESO CON ÓRDENES MEDICAS. SE ACOTA ESTABILIDAD HEMOIDNAMICA Y VENTILATORIA. COMPRENDE Y ACEPTA

PLAN

DICLOFENACO 75 MG IM AHORA
DEXAMETASONA 8 MG IM AHORA
SALIDA
NAPROXENO 250 MG, TOMAR UNA TABLTEA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS
METOCARBAMOL 750 MGH, TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS
COTROL MEDICINA GENERAL EN 1 SEMANA
INCAPACIDAD MEDICA POR 2 DIAS
SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES

Indica Med/Conducta:
Condiciones Salida:
Indicación Paciente:
Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Egreso	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	☑

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
39141	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	☑

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
VT0021	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML AMPOLLA	☑
RY0020	DEXAMETASONA 8MG/2ML AMPOLLA	☑
GF0314	NAPROXENO 250MG TABLETA	☑
LB0023	METOCARBAMOL 750MG TABLETA	☑

Andrea Gamba

GAMBA LADEUTT ANDREA PATRICIA
Tarjeta Profesional: 1005745709
Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [CLINICA REINA LUCIA S.A.S] NIT [900936058-9]

Clinica Reina Lucia
900.936.058-9

CLINICA REINA LUCIA S.A.S.
NIT: 900.936.058-9
CRA 15B D56 N 25 33

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento:	26/02/2024	**Ingreso:** 168149	**Fecha Ingreso:** 26/02/2024	
Informacion Paciente:	ELVIS CARPIO PEÑALOZA		**Tipo Paciente:** Otro	**Sexo:**Masculino
Documento:	CédulaCiudadanía 1096212001		**F. Nacimiento:** 05/07/1991	**Edad:**32 Años / 7 Meses / 23 Días
Médico:	1005745709 - GAMBA LADEUTT ANDREA PATRICIA			
E.P.S:	045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A			
Entidad:	045 - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A			

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Examen Fisico:

Sistólica: 120
Diastólica: 80
Media: 93
Frecuencia Cardiaca: 77
Frecuencia Respiratoria: 20
Temperatura: 36,00
Peso: 0,00
Glasgow: 15
S.C: 0,00
Talla: 0,00
IMC: 0.00
Apariencia General:
ESTABLS CONDICIONES GENERALES
Cabeza y órganos de los sentidos
CABEZA SIN DEFORMIDAD, SIN HEMATOMAS, SIN CONTUSIONES, CUERO CABELLUDO SIN HERIDAS PENETRANTES NI LACERACIONES CUTANEAS
OJOS: SIMETRICOS, SIN EDEMA, NI CONTUSIONES, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y A LA ACOMODACIÓN, SIMÉTRICOS CON MOVIMIENTOS OCULARES SIN RESTRICCION. OIDOS: PABELLONES AURICULARES SIN LESIONES CUTANEAS, SIN OTORREA NI OTOLIQUIA
NARIZ: SIN LACERACIONES, SIN LATERORRINEA, SIN EPISTAXIS, MUCOSA NASAL INTEGRA. SIN HUELLAS DE SANGRADO, SIN OTRO TIPO DE SECRECION.
BOCA: LABIOS SIMÉTRICOS DE TAMAÑO NORMAL, SIN HERIDAS EXTERNAS, MUCISA ORAL INTEGRA, PIEZAS DENTALES SIN CAMBICS. APERTURA Y CIERRE MANDIBULAR CONSERVADOS.
Tórax - Sistema Cardiopulmonar: SIMÉTRICO, SIN CONTUSIONES NI HERIDAS EN PIEL, CON BUEN PATRÓN VENTILATORIO Y RESPIRATORIO. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA, NO PRESENCIA DE TIRAJES RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS.
Abdomen:
ABDOMEN SIN EVIDENCIA DE LESIONES NI HERIDAS EXTERNAS, SIN HERIDAS PENETRANTES, NO EQUIMOSIS, BLANDO, DEPRESIBLE. NO PRESENTA MASAS NI VISCEROMEGALIAS. NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITINEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
Genitourinario: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, SIN HERIDAS NI LACERACIONES CUTANEAS.
Sistema Nervioso Central: PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO NORMAL, LENGUAJE COHERENTE Y APROPIADO, MEMORIA REMOTA Y RECIENTE CONSERVADA, JUICIO Y RACIOCINIO NORMAL. PARES CRANEANOS SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, TONO NORMAL, SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA NORMAL
Dorso y Extremidades:
COLUMNA DORSAL O TORÁXICA: NORMAL

COLUMNA LUMBOSACRA: LASEGUE BILATRAL NEGATIVO, PATRICK BILATERAL NEGATIVO, DESCARGA FACETARIA NEGATIVA.

EXTREMIDADES SUPERIORES:
MÓVILES, SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS
EXTREMIDAES INFERIORES:
MOVILES SIMÉTRICSA SIN EDEMAS
SO2: 99,00
Cuello
SIMÉTRICO, SIN LESIONES DÉRMICAS, SIN DOLOR.
COLUMNA CERVICAL: SIN DEFORMIDAD, FLEXO-EXTENSION, INCLINACION LATERAL Y ROTACION SIN RESTRICCIONES, SIN DOLOR CON EL MOVIMIENTO.
Pelvis:
SIN DEFORMIDAD, MOVIMIENTOS DE FLEXION, EXTENSION, ABDUCCION, ADUCCION, ROTACION INTERNA Y EXTERNA SIN RESTRICCIONES, SIN DOLOR
Piel y Faneras: PIEL HIDRATADA, SIN ESCORIACIONES O HERIDAS PENETRANTES, SIN EQUIMOSIS, NO SE EVIDENCIAN HEMATOMAS.

ANEXO 11. COE

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO DE-FOR-01
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

FECHA REUNIÓN: 20/02/2024 **HORA: 9:00 AM** **LUGAR: I.T.S.I BARRANCABERMEJA** **ACTA NO. 12**

REUNIÓN CONVOCADA POR	Sandra Milena Santiago Camacho
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN N° 12- GESTIÓN HSE
CONTRATO N°	**No. 0756-23**
OBJETO DE LA REUNIÓN	"CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DEL COMEDOR Y COCINA DEL INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL EN EL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA"
ORGANIZADOR	Sandra Milena Santiago Camacho
APUNTADOR	Sandra Milena Santiago Camacho
ASISTENTES	Sandra Milena Santiago Camacho

TEMAS DE DISCUSIÓN
1. La maniobra de Heimlich
2. ¿En qué momento debemos aplicar la maniobra de Heimlich?
3. ¿Cómo realizar la maniobra de Heimlich?

DESARROLLO TEMAS DE DISCUSIÓN

1. LA MANIOBRA DE HEIMLICH

Es una técnica basada en la compresión abdominal para liberar el conducto respiratorio bloqueado por un trozo de alimento u otro objeto pequeño. Es una maniobra de primeros auxilios usada para salvar las vidas en caso de asfixia por atragantamiento.

2. ¿EN QUÉ MOMENTO DEBEMOS APLICAR LA MANIOBRA DE HEIMLICH?

Se debe aplicar la maniobra de Heimlich siempre que la persona presente los siguientes síntomas:

- No respira
- No puede hablar ni emitir sonidos
- No tose o lo hace débilmente
- La piel tiene un tono azulado
- Se agarra el cuello con las manos.

3. ¿CÓMO REALIZAR LA MANIOBRA DE HEIMLICH?

1.- Ubícate atrás de la persona, y coloca tus brazos alrededor de tu cintura.
2.- Haz un puño con una mano y posiciónala un poco más arriba de su ombligo (en la boca del estómago).
3.- Pon tu mano libre sobre el puño y ejerce presión sobre el abdomen con fuerza y hacia arriba. Como si se quisiera levantar a la persona.

CONCLUSIONES

- Se recomienda que sí la persona presenta una obstrucción leve, en la cual todavía se le oye toser, no se debe impedir sus intentos por expulsar el objeto por sí sola. Sólo en caso de una obstrucción grave de la vía aérea se debe aplicar la maniobra de Heimlich.

COMPROMISOS

- Se solicita verificar si dentro del cronograma de capacitaciones se incluyen capacitaciones sobre con realizar la maniobra de Heimlich en caso de presenten algún agamiento.

FIRMA ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Antonio Carvadillo.	Ayudante	Antonio C
Elvis Carpio	Ayudante	Elvis Carpio

ANEXO 12. COVID19

RUSSY

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 06-02-2024

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas ?							Para alguno de estos antecedentes enfermedad cardiovascular, diabetes, insuficiencia renal crónica, cáncer, trasplante de órganos, tuberculosis, enfermedad pulmonar crónica, asma moderada o severa, inmunosupresión, obesidad mórbida (IMC mayor a 40), hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, diabetes, o enfermedades inmunosupresoras diagnosticada (lupus, artritis reumatoide, VIH, entre otras)?	Ofrecimos una silla para que disminuyera el tiempo de pie?	¿Se les ofrecio la distancia, cuando cumplen con todas las medidas de seguridad y cuidado de la vida propia y de los demas, el derecho de protección personal con algunas recomendaciones de tu/su trabajo diario?	FIRMA
						1. Fiebre mayor o igual 38°C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dolores dorsal	7. Perdida del olfato o gusto				
ELVIS CARMO	1.096.313.006	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elvis C.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.242.479	25	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Antonio C.
ALEXANDER JIMENEZ	13.569.252	40	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	ALEX
YESENIA ALVAREZ	1.096.326.949	29	F	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	YESENIA ALVAREZ
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	28	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CESAR
SANDRA SANTIAGO	97.713.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sandra
ELGIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Elgin R.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ABELINO MUÑOZ	94.365.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Abelino C.
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Yerson

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

COMPROMISO 1 CUMPLIMIENTO PROTOCOLO COVID-19

Lugar y fecha: 07-02-2024.

Señores

Asunto: COMPROMISO CUMPLIMIENTO PROTOCOLO COVID -19

Yo Elias Humberto Ramirez H - identificado (a) con C.C. No. 19945033 de San pablo Bol Me comprometo a dar cumplimiento al protocolo entregado por el **WRUSSY INGENIEROS SAS,** sobre las medidas de prevención frente a la emergencia sanitaria que se está presentando a nivel nacional, A continuación, se relacionan las responsabilidades de los trabajadores, las cuales me comprometo a dar el debido cumplimiento.

1. Dar cumplimiento a las medidas de prevención dadas por la empresa para la ejecución de las actividades.
2. Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal.
3. Los trabajadores tienen la responsabilidad de cuidar de sí mismos (autocuidado), además de suministrar información clara y veraz de su actual estado de salud.

Todos los trabajadores deberán acatar las medidas para evitar multas o sanciones provenientes al incumplimiento de este protocolo.

Cordialmente,

Nombre
c.c 19945033

RUSSY

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas ?							Tiene alguna de estas enfermedades enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades pulmonares, enfermedades renales, cáncer, inmunosupresión, hipertensión arterial, cirrosis, enfermedades autoinmunes, enfermedades neurológicas, enfermedades metabólicas, VIH/SIDA, o enfermedades inmunosupresoras (incluyendo tratamiento previo, cirugía, entre otras)?	Convive con otra persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días ha estado en contacto estrecho por más de 15 minutos, a menos de 2 metros o sin usar elementos de protección personal con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	AGENTE DE TRANSPORTE				OBSERVACIONES
						1. Fiebre mayor o igual a 37.5	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. dolor de garganta	5. Fatiga	6. dificultad olfativa	7. Perdida del olfato o gusto				AUTOMOVIL	MOTO	A PIE	BICICLETA	TRANSPORTE PUBLICO	
ELVIS CARPIO	1.096.212.003	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elvis C.
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]		X				
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]				X		
ANTONIO CARVALUDO	1.096.242.479	25	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Antonio C.
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Alex Jimenez
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.549	29	F	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Yesenia Alvarez
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	28	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Cesar Narvaez
SANDRA SANTIAGO	57.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Sandra Santiago
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Elkin Reyes
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]			X			
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Abelino Muñoz
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X	X			Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.801	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Yerson M.

Observaciones (información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 08-02-2024.

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas ?							Tiene algunas de estas enfermedades: enfermedades autoinmunes, tienen medicación de corticoides, deficiencias en el sistema inmunológico (inmunodeficiencia, cancer de cualquier tipo, enfermedad o diabetes descontrolada, hipertensión arterial descontrolada, enfermedades cardiacas, falla renal, hipotiroidismo, hipertensión arterial, enfermedad renal, diabetes, o enfermedades metabólicas) (incluyendo: trasplantes, puntos, varices, entre otros)?	FECHA		TRANSPORTE			FIRMA
						1. Fiebre mayor a igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dificultad Olfativa	7. Perdida del olfato o gusto		Cuenta con una persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días tuvo fiebre cuantificada superior (con más de 15 minutos, a menos de 5 horas) y/o usted diagnosticado de manera positiva para algún coronavirus a confirmado de tipo COVID-19?	SUTRAMAL	MOTO	4 X 4	BICICLETA	TRANSPORTE PUBLICO	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
ANTONIO CARVALUDO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X	
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		
ELKIN REYES	1.096.238.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
DEBBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		

Observaciones: (Información adicional que el personal considera importante manifestar)

COMPROMISO 1 CUMPLIMIENTO PROTOCOLO COVID-19

Lugar y fecha: Jovenado

Señores

Asunto: COMPROMISO CUMPLIMIENTO PROTOCOLO COVID -19

Yo, Jose otero - identificado (a) con C.C. No. 19443299 de [illegible], Me comprometo a dar cumplimiento al protocolo entregado por el **WRUSSY INGENIEROS SAS,** sobre las medidas de prevención frente a la emergencia sanitaria que se está presentando a nivel nacional, A continuación, se relacionan las responsabilidades de los trabajadores, las cuales me comprometo a dar el debido cumplimiento.

1. Dar cumplimiento a las medidas de prevención dadas por la empresa para la ejecución de las actividades.
2. Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal.
3. Los trabajadores tienen la responsabilidad de cuidar de sí mismos (autocuidado), además de suministrar información clara y veraz de su actual estado de salud.

Todos los trabajadores deberán acatar las medidas para evitar multas o sanciones provenientes al incumplimiento de este protocolo.

Cordialmente,

Jose otero

Nombre

c.c

COMPROMISO 1 CUMPLIMIENTO PROTOCOLO COVID-19

Lugar y fecha: 09- 02-2024.

Señores

Asunto: COMPROMISO CUMPLIMIENTO PROTOCOLO COVID -19

Yo Juan felipe Arenas A. identificado (a) con C.C. No. 1057095025 de Puerto Berrio Me comprometo a dar cumplimiento al protocolo entregado por el **WRUSSY INGENIEROS SAS,** sobre las medidas de prevención frente a la emergencia sanitaria que se está presentando a nivel nacional, A continuación, se relacionan las responsabilidades de los trabajadores, las cuales me comprometo a dar el debido cumplimiento.

1. Dar cumplimiento a las medidas de prevención dadas por la empresa para la ejecución de las actividades.
2. Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal.
3. Los trabajadores tienen la responsabilidad de cuidar de sí mismos (autocuidado), además de suministrar información clara y veraz de su actual estado de salud.

Todos los trabajadores deberán acatar las medidas para evitar multas o sanciones provenientes al incumplimiento de este protocolo.

Cordialmente,

Juan felipe Arenas

Nombre

c.c 1057095025

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

Fecha: 09-02-2024.

Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas?							Tiene alguna enfermedad, enfermedades subyacentes o bajas defensas (Hipertensión, enfermedad cardiaca, diabetes, cáncer, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar crónica, inmunosupresión, embarazo, otra, cual?)	Cuenta con una persona responsable en CASA?	¿En los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho, por más de 15 minutos a menos de 2 metros con una persona con diagnóstico presuntivo o confirmado de Covid-19?	Marque con una X si presenta alguno de los síntomas				OBSERVACIONES
						1. Fiebre mayor a 37,5 °C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Perdida del olfato o gusto				Fiebre	Tos	Dificultad respiratoria	Perdida del olfato o gusto	
ELVIS CAMPO	1.096.213.001	11	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Elvis. C.P.
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.242.479	15		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Antonio C
ALEXANDRA JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X	Alex
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.348	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Yesenia Alvarez
CESAR NARVAEZ	1.096.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Cesar Narvaez
SANDRA SANTIAGO	37.713.204	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Sandra Santiago
ELKIN REYES	1.096.218.748	31	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Elkin Reyes
ABELINO MUÑOZ	94.295.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X				Abelino Muñoz
DIEGO CAMPO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Diego Campo
YERSON MARTINEZ CAMARGUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		YERSON

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

SABADO.

FECHA: 09-02-2024.

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	NACIMIENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas? 1. Fiebre mayor o igual 37.5	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dolores Articular	7. Perdida del olfato o gusto	Tiene alguna de estas enfermedades: enfermedades cardiovascular, Asma, Insuficiencia renal crónica, cancer, Diabetes, Inmunosupresión, Enfermedad pulmonar crónica, Hipertensión arterial, Obesidad, Tuberculosis, Enfermedad renal, diabetes, enfermedades inmunosupresoras (Incluyendo tratamiento actual), Otra, cuál cual?	Convivio con una persona diagnosticada con COVID-19?	Ha tenido contacto con una persona con COVID-19 durante los 14 días anteriores a la aparición de síntomas?	AUTOCUIDADO	APOYO	A PIE	MOTO/CICL	TRANSPORTE PROPIO	FIRMA
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Elvis C.
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.142.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X	Alex
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
CESAR RAMIREZ	1.096.540.089	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Deiby Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		YERS.

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 12-02-2024

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas?							Tiene alguna de estas enfermedades cardiovasculares, Cancer, insuficiencia renal crónica, Diabetes, Inmunosupresión, EPOC, Asma, Obesidad, Hipertensión arterial, Enfermedad cerebrovascular, Embarazo o puerperio reciente, Enfermedad hepática crónica severa, Trastornos neurológicos, Enfermedad pulmonar crónica, Enfermedades autoinmunes, Enfermedad renal crónica, Enfermedades metabólicas, Trastornos hematológicos (incluyendo anemia falciforme), Infección por VIH, Cáncer, Tuberculosis activa, Desnutrición severa, Uso crónico de corticoides o inmunosupresores, Antecedente de trasplante de órganos sólidos o células madre hematopoyéticas, Otra condición médica crónica no mencionada anteriormente?	FIRMA		ASISTENCIA				FIRMA
						1. Fiebre mayor o igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Perdida del olfato o gusto		Escriba aquí una persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días has tenido contacto cercano a una persona de 14 años, a menos de 2 metros y 15 min sin elementos de protección personal con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	CAPACITACIÓN	EPCC	EPP	BRIGADA	TRANSPORTE PASAJEROS	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elvis C
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		ALEX
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Yesenia Alvarez
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Cesar N
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Sandra S
ELGIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Elgin R
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Abelino M
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 13-02-2024.

RESPONSABLE: Sandra Santiago.

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas? 1. Fiebre mayor o igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dolores musculares	7. Escalofrío con sudoración o sudor	Tiene alguna de estas enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales, insuficiencia de corticoides, diabetes mal controlada, cáncer, VIH, inmunosupresión, enfermedades autoinmunes, enfermedades reumatológicas, enfermedades neurológicas, hipertensión arterial, enfermedad renal, diabetes, o enfermedades inflamatorias crónicas (Indagando: Cuántos años, Cuál, cómo cómo?)	Convive con una persona diagnosticada con COVID-19?	Ha tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal) con alguna sospechosa o confirmada de tener COVID-19?	TOMA				FIRMA
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X				Elvis C
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X				Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.152	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X	ALEX
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X				YESENIA ALVAREZ
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X				CESAR N
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Sandra
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Elkin
ABELIMO MUÑOZ	94.165.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X				Abelimo
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		YERSON

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 14-02-2024.

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas? 1. Fiebre mayor o igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Pérdida del olfato o gusto	Tiene alguna de estas enfermedades: enfermedades autoinmunes, Tumor maligno en tratamiento, cáncer, en cualquier fase, enfermedad o afección cardiaca, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades pulmonares, enfermedades renales, Enfermedades cerebrovasculares, Insuficiencia renal crónica, trasplantados, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, diabetes, o enfermedades inmunosupresoras (incluyendo transferencia pasiva, hipoxia, artritis reumat?	Cuando con una persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días han tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	FIRMA	MEDIO DE TRANSPORTE: BICICLETA	MOTO	A PIE	BICICLETA	TRANSPORTE PUBLICO	FIRMA
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.232	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
CESAR NARVAEZ	1.098.540.091	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
SANDRA SANTIAGO	37.712.204	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		
ELEIN REYES	1.096.318.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 15-02-2024

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas ?							Tiene alguno de estos antecedentes enfermedad autoinmune, tiroides, medicación de corticoides, diálisis/cirugía/trasplante/quimio, cáncer, de cuidado? Especifique si diabetes, desnutrido, fumador, embarazo, puérpera, enfermedades cardiacas, falla renal, hipertensivos, hipertrofia arterial, enfermedad renal, diabetes, o enfermedades inmunosupresoras (cualquier condición puede, hacer, estar mal)	Conoce con una persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días tuvo fuerte contacto estrecho (un mes de 10 minutos, o menos de 2 metros) con una persona diagnosticada con COVID-19?	ENTREGA DE ELEMENTOS					FIRMA
						1. Fiebre mayor a 37.5 grad C?	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Pérdida del olfato o gusto				TAPABOCAS	GEL	JABON	DESINFECTANTE	TRAPEADOR	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elvis CP.
ANTONIO CARVALUDO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		LACEY
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				YESENIA
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				CESAR
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Sandra
ELEIN REYES	1.096.218.748	20	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Elein R
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	48	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Abelino Muñoz
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			YERSON

Observaciones: (Información adicional que el personal considera importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 16-02-2024.

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas *							Tiene algunos de estos antecedentes: enfermedades autoinmunes, tumor, insuficiencia de corticoides, deficiencias por el sistema inmunológico(Incluye deficiencia, consumo de cualquier tipo, enfermedad o discapacidad, hongos, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiacas, falla renal, hipertensión, diarrea por varios días, enfermedad renal, diabetes, enfermedades inmunosupresoras (incluyendo: insuficiencia gonadal, tiroides, entre otras)?	Contacto con una persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días han tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros) sin usar elementos de protección personal) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	TIPO DE TRABAJADOR				FIRMA
						1. Fiebre mayor o igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Dolores del cuerpo o gripa				ASISTENCIAL	ADMIN	AUX	SEGURIDAD	TRABAJADOR PUBLICO	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elvis CP
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.232	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		Alex
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			
ELICIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 17-02- 2024.

RESPONSABLE: 17-02- Sandra Santiago.

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas ?							Tiene alguno de estos antecedentes enfermedades cardiacas, hiper tensión, diabetes, enfermedad pulmonar, enfermedades renales, VIH, cáncer, hipotiroidismo, embarazo, enfermedad renal, diabetes, o enfermedades hematológicas (incluyendo trastorno anemia falciforme, entre otras)?	Presenta por una persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	TIPO DE TRABAJADOR				FIRMA
						1. Fiebre mayor a 37.5 grados?	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Perdida del olfato o gusto				ASISTENCIAL	APOYO	ADMIN	GENERAL	TRABAJADOR EN CASA	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elvis CP
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Antonio.C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.232	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		ALEX
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Sandra
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Elkin R
ABELINO MUÑOZ	94.265.584	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Abelino M
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Deibi CP
YERSON MARTINEZ CAMARGUILLA	88.217.901	34	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			YERSON

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

Fecha: 19-02-2024.

Responsable: Sandra Santoya.

Nombres y apellidos	No. Identificación	Edad	Sexo	EPS	ARL	Presenta en el día de hoy algún síntoma? 1. Fiebre mayor o igual a 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dificultad olfativa	7. Pérdida del gusto o sabor	Tiene alguna de estas enfermedades: enfermedad cardiaca, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, asma moderada o severa, enfermedad renal crónica, inmunosupresión, obesidad mórbida (IMC mayor a 40), enfermedad hepática crónica, enfermedad neurológica o neuromuscular, enfermedad hematológica (incluyendo anemia falciforme), VIH, otra? cuál?	Convive con una persona diagnosticada con COVID-19?	En los últimos 14 días ha tenido contacto cercano (a menos de 2 metros y por más de 15 minutos) con alguien con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19?	Asistencia	Incapacidad	Vacaciones	Licencia	Observaciones
ELVIS CARPIO	1.096.813.501	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Elvis C P
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.341.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	33.585.233	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X	Alex
YESENIA ALVAREZ	1.096.236.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Yesenia Alvarez
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Cesar Narvaez
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Sandra
EVEN BÑES	1.096.318.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Even
ABELINO MUÑOZ	94.355.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Abelino
DEIBI CARPIO	1.001.034.968	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	86.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		

Observaciones: (información adicional que el personal considere importante suministrar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 20-Feb 2024.

RESPONSABLE: Sandra Santiago.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas?							Tiene alguno de estos antecedentes: enfermedades cardiovasculares, hábito tabáquico, cáncer, enfermedad pulmonar, inmunosupresión, enfermedad renal, diabetes, o enfermedades hematológicas (incluyendo hemofilia) (Asma, fuma, otros cual)?	Durante este mes presentó diagnóstico con COVID-19?	¿En los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho por más de 15 minutos, a menos de 2 metros, con una persona de quien sabe que tiene diagnóstico confirmado con COVID-19?	Medio de transporte					FIRMA
						1. Fiebre mayor o igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dolores Musculares	7. Perdida del olfato o gusto				Vehículo	Moto	A pie	Bicicleta	Servicio público	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elvis CR
ANTONIO CARVALUDO	1.086.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		ALEX
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	18	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				YESENIA ALVAREZ
CESAR NARVAEZ	1.098.540.095	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				CESAR NARVAEZ
SANDRA SANTIAGO	37.712.008	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Sandra
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			El Rey
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Abelino
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			YERSON

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 21-02-2024

RESPONSABLE: Sandra Santiago.

NOMBRE Y APELLIDO	NUMERO DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas? 1. Fiebre mayor o igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Perdida del olfato o gusto	Tiene alguno de estos antecedentes enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar, enfermedades cerebrales, falla renal, hipotiroidismo, Hipertensión arterial, enfermedad renal, diabetes, o enfermedades inmunosupresoras (incluyendo tratamiento puerto, hipos, artritis reuma)?	Conoce con una persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días han tenido contacto estrecho (menos de 2 metros y más de 15 minutos) con alguien que se encuentre en aislamiento preventivo o confirmado de tener COVID-19?	MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO: AUTOMOVIL	BUS	A PIE	BICICLETA	TRANSPORTE PUBLICO	FIRMA
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elvis C.
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.142.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		ALEX
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Yesenia
CESAR NARVAEZ	1.096.540.091	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				CESAR
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Sandra
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Elkin
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Abelino
DEIMI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Deimi Carpio
YERSON MARTINEZ CABRABQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			YERSON

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 22-02-2024

RESPONSABLE: Sandra Santiago

[illegible signature]

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	1. [illegible]	2. Tos	3. [illegible]	4. [illegible]	5. Fatiga	6. [illegible]	7. [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	FIRMA
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elvis Carp
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.243.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.153	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		Alex
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Yesenia [illegible]
CESAR NARVAEZ	1.098.140.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				[illegible]
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			[illegible]
ELKIN REYES	1.096.218.740	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			[illegible]
ABELINO MUÑOZ	94.205.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Abelino [illegible]
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			YERSON

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 23- 02- 2024.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas?							Tiene alguno de estos antecedentes: enfermedades cardiacas, hacer medicación de corticoides, diabetes con el sistema inmunológico deficiente, cancer de cualquier tipo, enfermedades pulmonares, hipertensión arterial, falla renal, hepatitis, enfermedades reumatológicas, enfermedades cerebro vasculares, embarazo, lactancia, enfermedades virales, diabetes, o enfermedades inmunológicas. Especifique. Medicina prepa, tipos, entre otros?	Durante este mes presento alguna de estas? (COVID-19)	¿En los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho (por una vez de 15 minutos, o varias de 5 minutos o más sin distancia de protección personal) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	TOMA DE TEMPERATURA				FIRMA
						1. Fiebre mayor a 37.5 grados C°	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Perdida del olfato o gusto									
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X					Alus carpio
ANTONIO CARVAJULIDO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X					Antonio C
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			ALEX
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X					
CESAR MARVINEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X					Cesar M
SAANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elkin Reyes
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X					
DEIN CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Dein Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	34	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			YER SON

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

SARAGO **ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19**

FECHA: 24-02-2024

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	GÉNERO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas?							Tiene alguna de estas enfermedades: enfermedad cardiovascular, cáncer, insuficiencia renal crónica, inmunosupresión, diabetes mellitus, EPOC, asma moderada o grave, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, diabetes, o enfermedades hematológicas (incluyendo trasfusiones previas, hepcs, entre otras)?	Usted o con quien convive diagnosticado con COVID-19?	¿En los últimos 15 días tuvo fuerte contacto estrecho con una de 10 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	FIRMA						FIRMA
						1. Fiebre mayor o igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dolores Muscular	7. Perdida del olfato o gusto				CASA	APTO	CASA	APTO	TRABAJO	
ELVIS CARPIO	1.098.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
ANTONIO CARVALUDO	1.096.142.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			
ELION REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
DEIBI CARPIO	1.001.834.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 26-02-2024

EMPRESA: Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas ?							Tiene alguna de estas condiciones: enfermedad cardiaca, fumar, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, obesidad, cáncer, inmunosupresión, mayor de cumplir años, embarazo o lactancia, desnutrición, tuberculosis, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, enfermedad renal, diálisis, o enfermedades hematológicas (incluyendo anemia falciforme leve, severa o drepa)?	Fiebre	¿En los últimos 14 días han estado en el lugar de trabajo personas que presentaron síntomas gripales o respiratorios?	Observaciones				
						1. Fiebre mayor o igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Perdida del olfato o gusto				Autocuidado	Familia	Trabajo	Ninguna de las anteriores	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Elvis Rivera
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.242.479	35		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
ALEXANDER JIMENEZ	13.585.152	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X	Alex
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Cesar Narvaez
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Sandra
ELEIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Elein Reyes
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Abelino Muñoz
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		Deibi carpio.
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 29-02 2024.

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas?							Tiene alguna de estas enfermedades: enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, cáncer, inmunosupresión, enfermedad renal crónica, enfermedades autoinmunes, enfermedad hepática, obesidad mórbida, embarazo, fumador, consumo de cigarrillo, bebedor crónico, enfermedades huérfanas (Indicando diagnóstico previo, fecha, cómo cursó)?	Tuvo contacto con una persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días tuvo familiar cercano enfermo por más de 10 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	Medio de Transporte					FIRMA
						1. Fiebre mayor a 37.5grad. C?	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dolores musculares	7. Pérdida del olfato o gusto				AUTOMOVIL	BUSETA	MOTO	BICICLETA	TRANSPORTE PUBLICO	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
ANTONIO CARVAJULIO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		ALEX
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Yesenia Alvarez
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Sandra Santiago
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Elkin Reyes
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Abelino Muñoz
DEIBI CARPIO	1.001.834.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	86.217.801	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			YERSON

Observaciones: (Información adicional que el personal considera importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 28-02-2024

EMPRESA: Sandra Santiago

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas?							Tiene algún de estos antecedentes: enfermedades autoinmunes, bajas defensas de nacimiento, diálisis, diabetes, o enfermedades respiratorias crónicas (Asma, EPOC, Fibrosis pulmonar, Tuberculosis, Cáncer, entre otras)?	FIEBRE	¿En los últimos 14 días tuvo fiebre cuantificada superior a 38 grados, o estuvo en contacto con personas diagnosticadas con COVID-19?	MEDIO DE TRANSPORTE					FIRMA
						1. Fiebre mayor o igual 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Perdida del olfato o gusto				AUTOMOVIL	MOTO	A PIE	BICICLETA	TRANSPORTE PUBLICO	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Elvis C.P.
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.142.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
ALEXANDER JIMENEZ	15.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		Alex
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
CESAR NARVAEZ	1.096.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Cesar
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Sandra
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Elkin Reyes
ABELINO MUÑOZ	94.265.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Abelino Muñoz
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Deibi Carpio
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Yerson

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 29-02-2024

MATERIALES: Sandra Santiago

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas?							Tiene alguna de estas enfermedades: enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar crónica, cáncer en cualquier tipo, enfermedad renal crónica, inmunosupresión, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad hepática, obesidad mórbida, enfermedad huérfana, rara o ruta?	Durante los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho con alguna persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho con alguna persona diagnosticada con COVID-19?	TRANSPORTE				FIRMA
						1. Fiebre mayor o igual 37.5	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Malestar General	7. Perdida del olfato o gusto				ACUDIENTE	MOTO	AUTO	BICICLETA	TRANSPORTE PUBLICO	
ELVIS CARPIO	1.096.212.001	31	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO						Elvis Cle
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.242.479	25		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
ALEXANDER JIMENEZ	13.565.252	40		NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	M	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X		Alex
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Yesenia Alvarez
SANDRA SANTIAGO	37.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X				Cesar
ELKIN REYES	1.096.218.348	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Sandra Santiago
ABELINO MUÑOZ	94.365.684	49	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Elkin Reyes
DEIBI CARPIO	1.001.814.868	26	M	COOMEVA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X					Abelino Muñoz
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.901	54	M	NUEVASPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X			Deibi Carpio 4225

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

RUSSY

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 01-03-2024.

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presentó los Síntomas durante ?							Tiene alguno de estos compañeros sintomáticos respiratorios, tomar medidas preventivas, diferenciar en el sistema	FIRMA					OBSERVACIONES
						1. Fiebre mayor a 37.5grad (38°)	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dolores musculares	7. Perdida del olfato o gusto		Presenta con otra persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días ha estado cerca (a menos de 2 metros) a alguien diagnosticado con COVID-19 o ha cuidado a alguien con síntomas compatibles a coronavirus de tipo COVID-19?	AUTOREPORTE	CASA	TRABAJO	SINTOMAS	
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.342.479	25	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
YESENIA ALVAREZ	1.096.226.349	28	F	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			Yesenia
CESAR NARVAEZ	1.098.540.093	28	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X	CESAR
SANDRA SANTIAGO	57.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X				
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
YERSON MARTINEZ CARRASCOLLA	88.217.901	34	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			YERSON
ELVIO LARPIO	1.096.212.001		M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X				

Observaciones: (información adicional que el personal considere importante manifestar)

RUSSY

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

02-03-2021 Sandra Santiago

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	¿Fiebre mayor o igual 38°C?	¿Tos?	¿Dificultad respiratoria?	¿Dolor de garganta?	¿Dolor de cabeza?	¿Dolor muscular?	¿Perdida del olfato o gusto?	¿Ha estado en contacto estrecho con alguna persona diagnosticada con COVID-19?	¿Presenta algún síntoma respiratorio?	¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con alguna persona que presente síntomas respiratorios?	FIRMA	OBSERVACIONES
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.342.476	25	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	
YESENIA ALVAREZ	1.096.236.849	28	F	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
CESAR NARVAEZ	1.096.540.083	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	
SANDRA SANTIAGO	57.713.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	86.317.801	34	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
Elvis Cerpio	1096212001																

RUSSY

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presenta los siguientes síntomas?							Tiene alguno de estos antecedentes enfermedades cardiovasculares, hace cualquier tipo de enfermedad, autoinmunes en el momento	Estuvo en contacto con alguien con COVID-19?	¿En los últimos 14 días ha estado en contacto estrecho (menos de 2 metros y con una duración de 15 minutos) o cuidado sin usar elementos de protección personal con alguien confirmado de tener COVID-19?	MEDIO DE TRANSPORTE				OBSERVACIONES
						1. Fiebre mayor o igual a 38° C	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dolores musculares	7. Perdida del olfato o gusto				PROPIO	BUS	MOTO	BICICLETA	
ANTONIO CARVAJALINO	1.086.342.479	25	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
YESENIA ALVAREZ	1.086.336.949	28	F	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		X			
CESAR NARVAEZ	1.088.540.056	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO				X	
SANDRA SANTIAGO	57.712.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X				
ELKIN REYES	1.086.216.348	36	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.501	34	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			X		
Elkin Camilo P.	1049212004	32	M	Nueva EPS	Sura	No	NO	No	No	No	No	No	No	No	No					Elkin Car

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

RUSSY

ENCUESTA AUTOCUIDADO COVID-19

FECHA: 05-03-2024.

RESPONSABLE: Sandra Santiago

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	EDAD	SEXO	EPS	ARL	Presentas algunos síntomas?							Tiene alguno de estos antecedentes enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal crónica, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, inmunosupresión, obesidad mórbida, tuberculosis activa, enfermedad viral, diabetes, o enfermedades autoinmunes?	Estuviste con otra persona diagnosticada con COVID-19?	¿En los últimos 14 días has estado cerca a personas que han sido diagnosticadas con COVID-19?	FIRMA
						1. Fiebre mayor a 37.5 grados C°	2. Tos	3. Dificultad respiratoria	4. Dolor de garganta	5. Fatiga	6. Dolor muscular	7. Perdida del olfato o gusto				
ANTONIO CARVALLIDO	1.096.342.479	25	M	NUEVA EPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
YESENIA ALVAREZ	1.096.326.349	28	F	SALUD TOTAL	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
CESAR NARVAEZ	1.088.540.093	29	M	SURA	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
SANDRA SANTIAGO	37.713.004	40	F	FAMISANAR	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
ELKIN REYES	1.096.218.748	30	M	SANITAS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
YERSON MARTINEZ CARRASQUILLA	88.217.501	54	M	NUEVAEPS	SURA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Elvis Cuello P.	1046217009	32	M	Nueva EPS	Sura	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

Observaciones: (Información adicional que el personal considere importante manifestar)

ANEXO 13. REGISTRO FOTOGRAFICO

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de Muro
Fecha	06 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	06 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Estructura
Fecha	06 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	06 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	06 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	06 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Muro
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	07 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	07 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	08 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	08 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	08 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	08 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	08 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	08 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	08 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	09 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Cubierta
Fecha	09 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	09 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	09 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	10 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	10 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	10 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	10 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Ingreso de Materiales
Fecha	12 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Estructura
Fecha	12 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Estructura
Fecha	12 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	12 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	12 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	12 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	12 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de estructura metalica
Fecha	13 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	13 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	13 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	13 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	13 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	13 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	14 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	14 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Cubierta
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Fundicion
Fecha	15 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	15 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	16 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	16 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	17 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	17 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	17 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	17 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Humectacion de Placa
Fecha	17 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	17 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	17 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Actividades de Mezclado
Fecha	19 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	19 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	19 de febrero de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	19 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	20 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	20 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Cubierta
Fecha	20 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de excavacion
Fecha	20 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	20 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de cubierta
Fecha	21 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	21 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	21 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de Cubierta
Fecha	22 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	22 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	22 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	23 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de estructura
Fecha	23 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	23 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	23 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de Cubierta
Fecha	24 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Cubierta
Fecha	24 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	24 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	26 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Cubierta
Fecha	26 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	26 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	26 de febrero de 2024



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	26 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Mezcla de cemento
Fecha	26 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	27 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	27 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	27 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	27 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	27 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	27 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	27 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	28 de febrero de 2024



Descripción	Actividades de Nivelacion de Placa
Fecha	28 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	28 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	28 de febrero de 2024



Descripción	Actividades exacavacion
Fecha	28 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	29 de febrero de 2024



Descripción	Entrega de elementos de proteccion personal
Fecha	29 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	29 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	29 de febrero de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	29 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	01 de marzo de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de enchape
Fecha	04 de marzo de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	04 de marzo de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	04 de marzo de 2024



Descripción	Charla de seguridad
Fecha	04 de marzo de 2024

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	05 de marzo de 2024



Descripción	Instalacion de Enchape
Fecha	05 de marzo de 2024



Descripción	Instalacion de mamposteria
Fecha	05 de marzo de 2024



Descripción	Instalacion de muero
Fecha	05 de marzo de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	05 de marzo de 2024



Descripción	Charla de Seguridad
Fecha	05 de marzo de 2024

ANEXO 14. ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Elias Humberto Ramirez H
CARGO	oficial
FECHA	Febrero 7 2024
LUGARA DE RESIDENCIA	Barrancabermeja
INGRESOS	
ESTRATO	
JORNADA LABORAL	

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre X
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre X
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas 2
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria X
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro deporte

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años X

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO
a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
Moto

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor X

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna X

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.
a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro 20 minutos

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		/	
Dolor de cuello, espalda y cintura		/	
Dolores musculares		/	
Dificultad para algún movimiento		/	
Tos frecuente		/	
Dificultad respiratoria		/	
Gastritis, ulcera		/	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		/	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		/	
Dificultad para concentrarse		/	
Mal genio		/	
Nerviosismo		/	
Cansancio mental		/	
Palpitaciones		/	
Dolor en el pecho (angina)		/	
Cambios visuales		/	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		/	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		/	
Dificultad para oír		/	
Sensación permanente de cansancio		/	
Alteraciones en la piel		/	
Otras alteraciones no anotadas		/	

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?		✓	
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?		✓	
Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?		✓	
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		✓	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		✓	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		✓	
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		✓	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		✓	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?		✓	
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?		✓	
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		✓	

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?			N/A
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?			N/A
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?			N/A
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			N/A
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?			N/A
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			N/A
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			N/A
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			N/A
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			N/A
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?			N/A
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	/		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	/		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	/		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	/		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	/		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	/		
Considera que su trabajo es variado?	/		

Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	/		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	/		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	/		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	/		
La empresa cuenta con agua potable?	/		
Existe buen manejo de basuras y desechos?	/		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	jorge otero jorge otero.
CARGO	ayudante.
FECHA	07-02-2024.
LUGARA DE RESIDENCIA	
INGRESOS	
ESTRATO	
JORNADA LABORAL	

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte
_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro 10 min.

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		✓	
Dolor de cuello, espalda y cintura		✓	
Dolores musculares		✓	
Dificultad para algún movimiento		✓	
Tos frecuente		✓	
Dificultad respiratoria		✓	
Gastritis, ulcera		✓	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		✓	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		✓	
Dificultad para concentrarse		✓	
Mal genio		✓	
Nerviosismo		✓	
Cansancio mental		✓	
Palpitaciones		✓	
Dolor en el pecho (angina)		✓	
Cambios visuales		✓	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		✓	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		✓	
Dificultad para oír		✓	
Sensación permanente de cansancio		✓	
Alteraciones en la piel		✓	
Otras alteraciones no anotadas		✓	

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?		✓	
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?		✓	
Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?		✓	
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		✓	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		✓	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		✓	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		✓	
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		✓	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?			
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		✓ ✓	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		✓	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?		✓	
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?		✓	
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		✓	

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?		/	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?		/	
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?		/	
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?		/	
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?		/	
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?		/	
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?		/	
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?		/	
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?		/	
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	/		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	/		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	/		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	/		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	/		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	/		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	/		
Considera que su trabajo es variado?	/		

Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	/		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	/		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	/		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	/		
La empresa cuenta con agua potable?	/		
Existe buen manejo de basuras y desechos?	/		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

NOMBRE COMPLETO	Juan Felipe Arenas Atehortua
CARGO	Ayudante
FECHA	09-02-2024
LUGARA DE RESIDENCIA	Puerto Boyaca. (B)
INGRESOS	
ESTRATO	
JORNADA LABORAL	

Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
x. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
x. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
x. Hombre
b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
x. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
x. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

a. Labores domésticas
b. Recreación y deporte
c. Estudio
e. Ninguno
f. Otro _____

8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

a. De 3 a 5 años
b. De 3 a 6 meses
c. De 6 meses a 1 año
d. De 1 a 3 años

9. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. TIENE VEHÍCULO PROPIO

a. Si
b. No cuál es su medio de transporte

_____

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Contrato a Término indefinido
b. Contrato a Término Fijo
c. Contrato por obra / labor

12. HA PARTICIPADO EN ACIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud Oral
c. Exámenes de laboratorio y otros
d. Exámenes médicos anuales
e. Ninguna

13. CUÁNTO TIEMPO ESTIMADO DE SU CASA AL TRABAJO.

a. Media hora
b. Una hora
c. Hora y media
d. Dos horas
e. Otro _____

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

En los s últimos seis (6) meses

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30
		VERSIÓN 1
		FECHA APROBACION: 08/01/2019

18. En el desarrollo de su labor encuentra las siguientes condiciones: Nivel Administrativo

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?	NA		

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	CÓDIGO HSE-FOR-30 VERSIÓN 1 FECHA APROBACION: 08/01/2019

Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			N/A
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?			N/A
Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?			N/A
Cree que la ubicación de su pantalla evita la presencia de reflejos?			N/A
El computador está dotado de filtro que favorezca el manejo de los contrastes, disminuyendo la fatiga visual?			N/A
Cuenta con atril para ubicar los documentos que manipula mientras trabaja en el computador?			
Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	X		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	X		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	X		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?	X		

Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?		X	
La empresa cuenta con agua potable?	X		
Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

19. Escriba a continuación los temas prioritarios de capacitación que podrían contribuir en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salud:

5.11. INFORME SOCIO AMBIENTAL DE OBRA

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**INFORME MENSUAL**

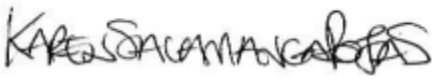
INFORME AMBIENTAL 12

PERIODO: 06 FEBRERO 2024 - 05 MARZO 2024

DISTRITO DE BARRANCABERMEJA

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**INFORME MENSUAL**

Elaboró:



KAREN SALAMANCA ROJAS
WRUSSY INGENIEROS SAS

Revisó y Aprobó:



WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
WRUSSY INGENIEROS SAS

CONTENIDO

INTRODUCCION 4

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO. 5

2.1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA 5

3. ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PERMISOS Y/O LICENCIAS APLICABLES 5

4. COMPONENTE AMBIENTAL 6

4.1. SEÑALIZACIÓN DE OBRAS 6

4.2. TRATAMIENTO Y MANEJO DE COBERTURA VEGETAL 10

4.3. DESCAPOTE Y REMOCIÓN DE LA CAPA ORGÁNICA 10

4.4. MANEJO DE AGUAS SUPERFICIALES 10

4.5. MANEJO Y DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS 10

4.6. CONTROL DE EMISIONES ATMOSFERICAS 12

4.7. MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y CONVENCIONALES 12

4.8. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS 12

4.9. REGISTRO DE MATERIALES PETREOS 12

5. COMPONENTE SOCIAL 12

5.1. ACTAS DE REUNIÓN 12

5.2. INFORME SOCIAL 12

6. CONCLUSIONES 13

LISTA DE ILUSTRACIONES

lustración 1. Ubicación del proyecto. Google maps. 5

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Registro fotográfico Señalización y cerramiento 6

Tabla 2. Acumulado de volúmenes de RCD 11

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**INFORME MENSUAL**

INTRODUCCION

El diseño de las estrategias y medidas de prevención, mitigación y control de los impactos ambientales identificados en los proyectos de tipo constructivo están enmarcadas en la legislación ambiental colombiana de orden local, regional y nacional; donde se orienta la prospectiva ambiental nacional para la conservación del ambiente y los recursos naturales. De igual manera la protección del trabajador, la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales son reglamentadas a través de los requisitos dispuestos en la normatividad del país.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

El proyecto se ejecutará en la ciudad de Barrancabermeja en la dirección Cra. 28 # 55-10, como se evidencia en la ilustración N 1.

lustración 1. Ubicación del proyecto. Google maps.



Fuente: https://www.google.com/maps/

2.1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: WILVER FRANCINY RUSSY LADINO
CORREO ELECTRÓNICO: proyectos@wrussyingenieros.com
OFICINA: DIRECCIÓN: Calle 8f # 79- 94 Bogotá D.C.
Contrato de Obra No. 0756-23
Objeto: CONSTRUCCION Y DOTACION DEL COMEDOR Y COCINA DEL INSTITUTO TECNICO SUPERIOR INDUSTRIAL EN EL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA

3. ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PERMISOS Y/O LICENCIAS APLICABLES

Durante el periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024 se ejecutaron actividades que requerian permisos y/o licencias ambientales.

4. COMPONENTE AMBIENTAL

A continuación se describen las actividades de implementación del PMA en el periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024; para la interpretación de los programas que demuestran la ejecución de las medidas de manejo y sus anexos.

4.1. SEÑALIZACIÓN DE OBRAS

Se realizó señalizacion preventiva e informativa, ademas se realiza cerramiento de las áreas de intervención.

Tabla 1. Registro fotográfico Señalización y cerramiento

Area acopio	Orden y aseo
	
Orden y aseo	Aseo baños
	
Manejo de trafico	Manejo de trafico

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**INFORME MENSUAL**

	
Manejo de trafico	Señalización
	
Señalización	Señalización
	
Aseo baños	Señalización

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**INFORME MENSUAL**

	
Orden y aseo	Orden y aseo
	
Acopio material	Aseo baños
	
	Orden y aseo

RUSSY INGENIEROS S.A.S. Nit. 901.109.885-1	**INFORME MENSUAL**

	
Orden y aseo	Orden y aseo
	
Señalización	Señalización
	
Señalización	Orden y aseo





4.2. TRATAMIENTO Y MANEJO DE COBERTURA VEGETAL

Durante el periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024, no se realizaron actividades con referencia a este programa.

4.3. DESCAPOTE Y REMOCIÓN DE LA CAPA ORGÁNICA

Durante el periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024, no se realizaron actividades con referencia a este programa.

4.4. MANEJO DE AGUAS SUPERFICIALES

Durante periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024, no se realizaron actividades con referencia a este programa.

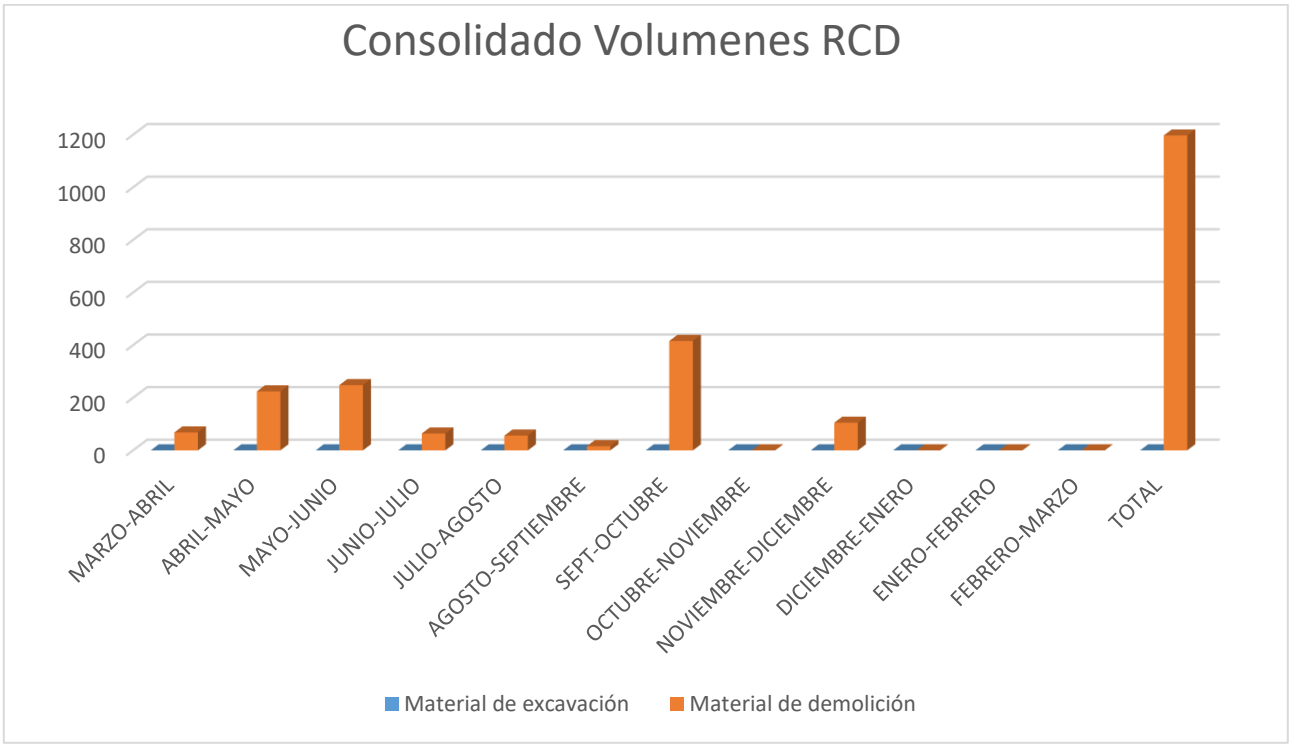
4.5. MANEJO Y DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS

Durante periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024, no se realizaron retiros de escombro.

SEGUIMIENTO Y MONITOREO
$\%\ Disposición\ escombros = \frac{Vol.escombros\ dispuestos\ en\ escombrera\ m3}{Vol.\ \ escombros\ generados\ m3}(mes) * 100$
$\%\ Disposición\ escombros = \frac{0}{0} * 100 = 0\%$

Tabla 2. Acumulado de volúmenes de RCD

Mes	Material de excavación (m^3)	Demolición (m^3)	Cantidad Total (m^3)
MARZO-ABRIL	0	68	68
ABRIL-MAYO	0	224	224
MAYO-JUNIO	0	248	248
JUNIO-JULIO	0	64	64
JULIO-AGOSTO	0	56	56
AGOSTO-SEPTIEMBRE	0	16	16
SEPTIEMBRE-OCTUBRE	0	416	416
OCTUBRE-NOVIEMBRE	0	0	0
NOVIEMBRE-DICIEMBRE	0	105	105
DICIEMBRE-ENERO	0	0	0
ENERO-FEBRERO	0	0	0
FEBRERO-MARZO	0	0	0
TOTAL	**0**	**1197**	**1197**



4.6. CONTROL DE EMISIONES ATMOSFERICAS

Durante el periodo comprendido del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024 no se presentaron quejas por ruido de las actividades que se ejecutaron.

SEGUIMIENTO Y MONITOREO
$Quejas\ de\ ruido = No.quejas\ por\ ruido\ en\ el\ mes$
$Quejas\ de\ ruido = 0$

4.7. MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y CONVENCIONALES

Para el periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024, se generaron residuos solidos, los cuales fueron dispuestos en los puntos ecologicos presentes en el frente de obra, y posterior a ello la recoleccion la realizó la empresa de servicios publicos de aseo de Barrancabermeja, VEOLIA S.A ESP.

4.8. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS

Durante el periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024 no se realizaron actividades con referencia a este programa. Se adjunta el certificado del manejo de los residuos liquidos de los baños **ANEXO 1.**

4.9. REGISTRO DE MATERIALES PETREOS

Durante el periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024, se realizaron actividades con referencia a este programa. **ANEXO 2.**

5. COMPONENTE SOCIAL

A continuación se describen las actividades de la gestion social que se realizó en el periodo del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024.

5.1. ACTAS DE REUNIÓN

Durante el periodo comprendido del 06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024, se realizaron reuniones de socializacion con la comunidad sobre el inicio del proyecto la cual se encuentra la evidencia en el **ANEXO 3**.

5.2. INFORME SOCIAL

Se realiza informe mensual social, el cual se encuentra en el **ANEXO 4**.

6. CONCLUSIONES

- Se cumplió con los compromisos contractuales del contrato en el periodo del **06 de febrero 2024 al 05 marzo de 2024.**

- Se realizaron actividades de supervisión de los trabajos desarrollados con apoyo del residente e inspector HSE, de esta manera se garantizó el cumplimiento de los requisitos exigidos legalmente en el contrato y en la normatividad legal vigente colombiana.

- Todas las áreas intervenida se dejaron con su respectivo orden y aseo.

ANEXO 1. CERTIFICADO MANEJO DE VERTIMIENTOS

Aseos y Servicios de Colombia S.A.S.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/02/01) - Fecha Servidor: (2024/02/01)

Contrato

Contrato: 3086_1
Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 070.940 **Nombre Activo:** USP MANITU VERDE

Vehículo

CAMIONETA NISSAN LHP665	LHP665

Operadores

Conductor	
Jhonatan Ricardo Fontecha Villarreal	
1096212725	

Resumen

Hora: 10:08:51

Encuesta

Foto



UBICACIÓN



7.064069, -73.85054019

Servicio realizado

Ok

clickidea

Aseos y Servicios de Colombia S.A.S.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/03/04) - Fecha Servidor: (2024/03/04)

Contrato

Contrato: 3086_1
Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 070.940 **Nombre Activo:** USP MANITU VERDE

Vehículo

CAMION NPR TAR684	TAR684

Operadores

Conductor	
Jhon Jairo Arango Matta	
91445133	

Resumen

Hora: 14:12:34

Encuesta

Foto



UBICACIÓN



7.06409129, -73.8505217

Servicio realizado

Ok

clickidea

Aseos y Servicios de Colombia S.A.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/02/05) - Fecha Servidor: (2024/02/05)

Contrato

Contrato: 3086_1
Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 070.940 **Nombre Activo:** USP MANITU VERDE

Vehículo

CAMIONETA NISSAN LHP665	LHP665

Operadores

Conductor		Auxiliar 1	
Jhonatan Ricardo Fontecha Villarreal		Melvin Mantilla Roa	
1096212725		1096196276	

Resumen

Hora: 10:07:48

Encuesta

Foto



UBICACIÓN

Ver Ubicación

7.06408185, -73.85053435

Servicio realizado

Ok

clickidea

Aseos y Servicios de Colombia S.A.S.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/02/08) - Fecha Servidor: (2024/02/08)

Contrato

Contrato: 3086_1
Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 070.940 **Nombre Activo:** USP MANITU VERDE

Vehículo

CAMIONETA NISSAN LHP665	LHP665

Operadores

Conductor	
Yolby Alexander Tellez Rincón	
1096210869	

Resumen

Hora: 10:18:11

Encuesta

Foto



UBICACIÓN



7.06414708, -73.85056779

Servicio realizado

Ok

clickidea

Aseos y Servicios de Colombia S.A.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/02/12) - Fecha Servidor: (2024/02/12)

Contrato

Contrato: 3086_1
Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 085.255
Nombre Activo: USP ARMAL AZUL
Extras: USP : USP - **Marca :** ARMAL - **Color :** AZUL - **Tipo :** 2021

Vehículo

CAMIONETA NISSAN LHP665	LHP665

Operadores

Conductor



Jhonatan Ricardo Fontecha Villarreal

1096212725

Resumen

Hora: 09:40:43

Encuesta

Foto



UBICACIÓN



7.06411793, -73.85055563

Servicio realizado

Ok

clickidea

Aseos y Servicios de Colombia S.A.S.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/02/15) - Fecha Servidor: (2024/02/15)

Contrato

Contrato: 3086_1
Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 070.940
Nombre Activo: USP MANITU VERDE

Vehículo

CAMIONETA NISSAN LHP665	LHP665

Operadores

Conductor		Auxiliar 1	
Jhonatan Ricardo Fontecha Villarreal		Melvin Mantilla Roa	
1096212725		1096196276	

Resumen

Hora: 08:50:06

Encuesta

Foto



UBICACIÓN

Ver Ubicación

7.06408871, -73.85052591

Servicio realizado

Ok

clickidea

Aseos y Servicios de Colombia S.A.S.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/02/19) - Fecha Servidor: (2024/02/19)

Contrato

Contrato: 3086_1
Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 070.940
Nombre Activo: USP MANITU VERDE

Vehículo

CAMIONETA NISSAN LHP665	LHP665

Operadores

Conductor		Auxiliar 1	
Jhonatan Ricardo Fontecha Villarreal		Melvin Mantilla Roa	
1096212725		1096196276	

Resumen

Hora: 10:03:13

Encuesta

Foto



UBICACIÓN



7.06413686, -73.85056444

Servicio realizado

Ok

clickidea

Aseos y Servicios de Colombia S.A.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/02/22) - Fecha Servidor: (2024/02/22)

Contrato

Contrato: 3086_1
Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 070.940 **Nombre Activo:** USP MANITU VERDE

Vehículo

CAMIONETA NISSAN LHP665	LHP665

Operadores

Conductor		**Auxiliar 1**	
Jhonatan Ricardo Fontecha Villarreal		Melvin Mantilla Roa	
1096212725		1096196276	

Resumen

Hora: 09:37:39

Encuesta

Foto



UBICACIÓN

Ver Ubicación

7.06410275, -73.85051696

Servicio realizado

Ok

clickidea

Aseos y Servicios de Colombia S.A.S.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/02/26) - Fecha Servidor: (2024/02/26)

Contrato

Contrato: 3086_1
Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS
Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL
Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 085.255
Nombre Activo: USP ARMAL AZUL
Extras: USP : USP - **Marca :** ARMAL - **Color :** AZUL - **Tipo :** 2021

Vehículo

CAMIONETA NISSAN LHP665	LHP665

Operadores

Conductor		**Auxiliar 1**	
Jhonatan Ricardo Fontecha Villarreal		Melvin Mantilla Roa	
1096212725		1096196276	

Resumen

Hora: 09:19:17

Encuesta

Foto



UBICACIÓN



7.06407748, -73.85055455

Servicio realizado

Ok

clickidea

Aseos y Servicios de Colombia S.A.

assear
www.assear.com

Servicio realizado
(2024/02/29) - Fecha Servidor: (2024/02/29)

Contrato

Contrato: 3086_1

Cliente: WRUSSY INGENIEROS SAS

Dirección: INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO SUPERIOR INDUSTRIAL

Barrio: GALAN

Activo

Sticker: 085.255

Nombre Activo: USP ARMAL AZUL

Extras: USP : USP - **Marca :** ARMAL - **Color :** AZUL - **Tipo :** 2021

Vehículo

CAMIONETA NISSAN LHP665	LHP665

Operadores

Conductor		**Auxiliar 1**	
Jhonatan Ricardo Fontecha Villarreal		Melvin Mantilla Roa	
1096212725		1096196276	

Resumen

Hora: 11:33:40

Encuesta

Foto



UBICACIÓN



7.06413614, -73.85050268

Servicio realizado

Ok

clickidea

ANEXO 2. REGISTRO DE MATERIALES

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	PLANILLA DE CONTROL DE MATERIALES	CODIGO	HSE-FOR-119
		VERSIÓN	1
		FECHA APROBACION	5/01/2019

FECHA	PLACA DE LA VOLQUETA	MATERIAL	VOLUMEN TRANSPORTADO M3	NOMBRE DEL TRANSPORTADOR	FIRMA DEL RESPONSABLE DE OBRA	DOCUMENTACION DEL VEHICULO	FIRMA DEL RESPONSABLE DE OBRA
29-02-24	UAD483	Arena	7m³	Luis Palomino		Si	
04-03-24	UAD483	Arena	7m³	Luis Palomino		Si	

Firma Inspector HSEQ

Firma Residente de obra

ANEXO 3. ACTAS DE SOCIALIZACIÓN

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO DE-FOR-01
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

FECHA REUNIÓN: 22/02/2024	HORA:	LUGAR: I.T.S. I	ACTA NO.

REUNIÓN CONVOCADA POR	Secretaria de Infraestructura al contrato 0756-23
TIPO DE REUNIÓN	Comité de Reunión seguimiento
CONTRATO N°	0756-23
OBJETO DEL CONTRATO	Construcción y Dotación del comedor del Instituto Tecnico Superior Industrial del Distrito Especial Barrancabermeja
ORGANIZADOR	Supervisor del Contrato
APUNTADOR	Yesenia Alvarez
ASISTENTES	Alejandro Enriquez, Mayra Gerez Uribe, Cesar Narvaez, Wilson Geney.

TEMAS DE DISCUSIÓN

Visita de Inspección.

DESARROLLO TEMAS DE DISCUSIÓN

Se recibe visita por parte de Alejandro Enríquez (supervisor del contrato) quien trato los siguientes temas:

1. No viable la suspensión del contrato ya que todavia hay actividades contractuales por ejecutar y el contrato todavia cuenta con recursos para terminar dichas actividades. Por lo tanto, va a dar respuesta por medio de un oficio con lo

Powered by CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO DE-FOR-01
		VERSIÓN 1
		FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

mencionado anteriormente y proponiendo una prorroga de un mes (30dias) para continuar con la ejecución de las actividades.

Powered by CamScanner

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO DE-FOR-01 VERSIÓN 1 FECHA DE APROBACIÓN: 08/01/2019

FIRMA ASISTENTES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Alejandro Enriquez Marin	Supervisor.	ENAP
César Narváez	Ing. Residente Grussy	
Maira Baez Uribe	Ing. Residente Interventoria	
Wilson Rafael Gomez Uribe	Auxiliar Interventoria	
Yesenia Alcoiza M	Profesional Social	

Powered by CamScanner

ANEXO 4. INFORME SOCIAL

RUSSY INGENIEROS S.A.S.	INFORME SOCIAL

Objeto: Construcción y Dotación del comedor y cocina del Instituto Tecnico Superior Industrial del Distrito de Barrancabermeja.	
Actividades ejecutadas en el periodo: 06 de febrero de 2023 a 05 de marzo de 2023	No. Contrato: 0756-23

Actividades Ejecutadas

- **Actas de entorno y de vecindad:**

Actividad ejecutada durante el primer mes de ejecución de la obra.

- **Accesibilidad a viviendas y establecimientos**

La zona por intervenir en un diámetro de 30 metros no contempla alrededor con casas y/o establecimientos que puedan ser afectados por el proyecto.

- **Caracterización social**

Actividad ejecutada durante el primer y segundo mes de ejecución del proyecto.

- **Punto de atención a la comunidad.**

El punto de atención se encuentra ubicado en las adecuaciones del proyecto.

PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes)

Solicitudes presentadas de manera informal.

Comunidad I.T.S.I

En el periodo entre el 6 de febrero al 5 de marzo por parte de la comunidad del I.T.S.I no se presentan PQRS.

Personal en Obra.

Por parte de los empleados de la contratista no se presentan PQRS.

Reuniones.

Reunión de seguimiento.

- Se realizo visita de Inspección por parte de supervisión (Alejandro Enríquez) quien trata temas sobre la suspensión solicitada por contratista, quien en visita manifestó no ser viable. Por lo anterior se otorga una prorroga de un mes (30 días) para continuar con la ejecución.

Reuniones de Capacitación

Se realizo reunión de capacitación con el personal en obra, sobre el compañerismo.

Anexos Fotográficos.

ANEXO 5. REGISTRO FOTOGRÁFICO

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Acopio de Residuos Solidos
Fecha	07 de Febrero de 2024



Descripción	Acopio de Residuos Solidos
Fecha	07 de Febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Orden y Aseo de Obra
Fecha	10 de Febrero de 2024



Descripción	Orden y Aseo de Obra
Fecha	10 de Febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Desinfeccion Unidades Sanitarias
Fecha	15 de Febrero de 2024



Descripción	Desinfeccion Unidades Sanitarias
Fecha	15 de Febrero de 2024



Descripción	Ingreso de Vehiculos a la Obra
Fecha	15 de Febrero de 2024



Descripción	Ingreso de Vehiculos a la Obra
Fecha	15 de Febrero de 2024



Descripción	Ingreso de Vehiculos a la Obra
Fecha	15 de Febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Señalizacion en Obra
Fecha	17 de Febrero de 2024



Descripción	Señalizacion en Obra
Fecha	17 de Febrero de 2024



Descripción	Señalizacion en Obra
Fecha	17 de Febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Señalizacion en Obra
Fecha	19 de Febrero de 2024



Descripción	Desinfeccion Unidades Sanitarias
Fecha	19 de Febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Acopio de Residuos Solidos
Fecha	20 de Febrero de 2024



Descripción	Orden y Aseo en Obra
Fecha	20 de Febrero de 2024



Descripción	Orden y Aseo en Obra
Fecha	20 de Febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Acopio de Escombros
Fecha	21 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Lavado y desinfeccion de baños
Fecha	22 de febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Ingreso de Vehiculo a la Obra
Fecha	27 de Febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Orden y Aseo en Obra
Fecha	28 de Febrero de 2024



Descripción	Orden y Aseo en Obra
Fecha	28 de Febrero de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Orde y aseo en Obra
Fecha	01 de Marzo de 2024



Descripción	Instalacion de Señalizacion
Fecha	01 de Marzo de 2024



Descripción	Instalacion de Señalizacion
Fecha	01 de Marzo de 2024

REGISTRO FOTOGRAFICO



Descripción	Instalacion de Señalizacion
Fecha	04 de Marzo de 2024



Descripción	Orden y Aseo en Obra
Fecha	04 de Marzo de 2024

5.12. CONTROL DE CALIDAD

SECOIN Diseños, Estudios Geotécnicos, Topografía, Control de Calidad de Rellenos, Concretos y Pavimentos, Construcción de Obras Civiles	**PROCEDIMIENTO P-PS-12** **RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN DE MUESTRAS DE CONCRETO NTC - 673**	**CÓDIGO: F-PS-34** **VERSIÓN: 1** **PÁGINA 1 DE 1**

CLIENTE: WRUSSY INGENIEROS S.A.S
CONTRATO: CONTRATO No. 0756-23 "CONSTRUCCION Y DOTACION DEL COMEDOR Y COCINA DEL INSTITUTO TECNICO SUPERIOR INDUSTRIAL EN EL DISTRITO DE BARRANCABERMEJA"
PERIODO: FEBRERO 2024
ORDEN DE TRABAJO: 007

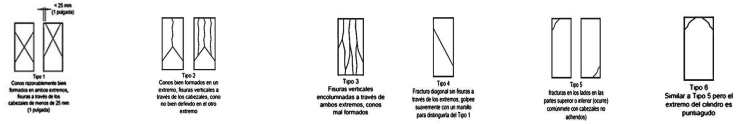
LUGAR DE TOMA: OBRA

ID MUESTRA	ESTRUCTURA O ELEMENTO	DIÁMETRO PROBETA	ASENTAMIENTO PULG	TEMPERATURA °C	FECHA FUNDIDA	FECHA ENSAYO	EDAD MUESTRA Días	RESISTENCIA ULTIMA kN	ESFUERZO ULTIMO Kgf/cm²	ESFUERZO ULTIMO P.S.I.	% EVOLUCIÓN f´c CONCRETO	RESISTENCIA A LOS 28 DÍAS DISEÑO P.S.I.	ESFUERZO ULTIMO PROMEDIO P.S.I	TIPO DE FALLA
007	PLACA DE CONTRAPISO	6	N/A	N/A	15-feb-24	22-feb-24	7	295,4	**170**	**2424**	**81**	**3000**	**2576**	**5**
007		6	N/A	N/A		22-feb-24	7	332,3	**192**	**2727**	**91**	**3000**		**4**
007		6	N/A	N/A		29-feb-24	14	342,7	**198**	**2813**	**94**	**3000**	**2850**	**4**
007		6	N/A	N/A		29-feb-24	14	351,9	**203**	**2888**	**96**	**3000**		**5**

INFORMACIÓN ENSAYO:
FORMA DE PROBETA : CILÍNDRICA NORMAL 4" 10,20 cm ÁREA **81,713** cm2 FORMA DE PROBETA : CILÍNDRICA NORMAL 6"
15,00 cm ÁREA **176,715** cm2
VELOCIDAD DE CARGA: 35 psi/s + Ó - 7 psi/s EQUIPO: INGETEST IT-2001 S/N 20010714
OBSERVACIONES: MIXER PREMEZCLADO

TIPOS DE FALLA DE LOS CILINDROS DE CONCRETO

CONO **CONO Y ROTURA VERTICAL** **COLUMNAR** **CORTE** **FRACTURA**



Ensayo JORGE PEÑA
Laboratorista

SERVICIOS DE INGENIERÍA Y CONSULTORÍA SECOIN S.A.S NIT. 829.004.936-0

Revisó
Ing. Luis Deivis Rincón Triana
REPRESENTANTE LEGAL SECOIN SAS

Recibió QA/QC

5. CONTRO Y SEGUIMIENTO DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PMT

Para el proyecto en particular que tiene acceso sobre la carrera 31 entre calle 55A y Diagonal 49, tenemos entrada y salida controlada de volquetas, camiones de concreto tipo Mixer, bombas de concreto, camión cisterna del cuerpo de bomberos voluntarios de la ciudad. A dicho tráfico se le hace seguimiento con un auxiliar vial de tránsito (paletero) con su respectiva dotación y elementos para dirigir y detener el tráfico y peatones.

Demarcación de pasos peatonales con la respectiva señalización y cierre parcial de la vía cuando se hizo el ingreso de la maquinaria mencionada anteriormente a la obra.

6. REGISTRO FOTOGRÁFICO










BOMBEROS
119
22