SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL S.A.S

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

NOMBRE EMPLEADOR: **SOLUCIONES BERNAL & BERNAL S.A.S**	**NIT.** 900843977-2
DIRECCIÓN EMPLEADOR: CALLE 2C No. 2ª – 13, GACHANCIPA.	**TELEFONO:** 8578144
NOMBRE DEL TRABAJADOR: BELLO HERNANDEZ HERNANDO	**Nº IDENTIFICACIÓN:** C.C. 11.341.001 DE COGUA.
DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR: COGUA, (CUNDINAMARCA).	**TELEFONO:** 3007396788
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD: (CUNDINAMARCA) COGUA, 20 AGOSTO 1.961. COLOMBIANO.	**CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑARA EL TRABAJADOR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION.

SALARIO: ORDINARIO	**VALOR:** $ 1.160.000	**FORMA / PERIODO DE PAGO** EFECTIVO - MENSUAL

FECHA INICIACIÓN DE LABORES: 18- OCTUBRE-2023.	**LUGAR DONDE DESEMPEÑARA LAS LABORES:** OBRA CIVIL: CONSORCIO VIAS 2.023.

Entre **EL EMPLEADOR Y EL TRABAJADOR**, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas y en lo previsto por las normas generales del CST.

PRIMERA – OBJETO. El empleador contrata los servicios personales del trabajador y este se obliga a:

a). Poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo en forma- exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo que se requieran para la realización de la labor claramente descrita arriba y para la cual ha sido contratado, de conformidad con las ordenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes

b)No prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato,

SEGUNDA. – REMUNERACION. El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado; pagadero en las oportunidades también señaladas arriba. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración ordinaria u la dé los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII. Del CST y la correspondiente a los días de descanso compensatorio que disfrute el trabajador.

TERCERA. - SOBRE REMUNERACIÓN. Todo trabajo suplementario o en horas extras, y todo trabajo en días domingos o festivos en los ·que legalmente debe concederse descanso, así como lo disponen los artículos 168 (subrogado por el artículo 24 de la ley 50/90) 169, 170, 179 (Subrogado Por el reconocimiento y pago de trabajo suplementario y del trabajo en día dominical o festivo solo se hará efectivo cuando el empleador o sus representantes a la mayor brevedad posible y por escrito. El empleador, en consecuencia

no estará obligado a reconocer y pagar trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que él no haya autorizado previamente o que no se le haya avisado inmediatamente, como queda dicho.

CUARTA, - JORNADA DE TRABAJO. El trabajador se obliga a laborar una jornada de (48 h) cuarenta y ocho horas a la semana, en los turnos y dentro de las horas señaladas por el empleador, pudiendo este hacer ajustes o cambios de horarios cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito entre las partes, podrían repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo .164 de CST, subrogado por el artículo 23 de la ley 50/90, teniendo en cuenta que el tiempo de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma,

siguiente: Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 12:00m; de 1:00 a 5:00 p.m. y el Sábado de 7:00 a.m. a 12 m.

QUINTA. - DURACION DEL CONTRATO. La duración o término del presente contrato, será igual al tiempo que se requiere para la realización de la obra o labor descrita claramente en el mismo texto, toda vez que esta es la causa que dio origen al mismo. No obstante, el trabajador podrá dar por terminado este contrato mediante aviso escrito al empleador con una antelación no inferior a (30) días.

SEXTA. PERIODO DE PRUEBA. La quinta parte del tiempo contratado se considera periodo de prueba y, por consiguiente, durante este tiempo cualquiera de las partes podrá dar, por terminado unilateralmente el contrato, en cualquier momento por cualquier causa sin que haya lugar a indemnización alguna. 'Vencido este periodo, la duración del contrato será indefinida, mientras subsistan las causas que le dieron origen y la materia del trabajo.

SEPTIMA. TERMINACION DEL CONTRATO POR JUSTA CAUSA. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el articule 62 del CST, subrogado por el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965, y además por parte del empleador las prescritas en el reglamento interno de trabajo y las faltas que para el efecto se clasifiquen como graves en las cláusulas que se adicionen al presente, contrato como: Faltas al trabajo sin explicación alguna, llegadas tarde a trabajar por más de 2 oportunidades, malos tratos a compañeros, jefes, visitantes; vigilantes y cualquier personal que se presente en la obra o durante las jornadas laborales, al No cumplir con las Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo y por Consumir o llegar bajo efectos de bebidas embriagantes o drogas alucinantes y/o psicotrópicas.

OCTAVA. LUGAR DEL CONTRATO. Las partes podrán convenir que, el servicio se preste en un lugar distinto del inicialmente contratado siempre que tales traslados no desmejoren las Condiciones laborales o de remuneración del trabajador, impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen del traslado serán cubiertos por el empleador de conformidad con el numeral 8" del artículo 57 del CST. El trabajador se obliga a acepta los cambios de oficio que decida el empleador en uso de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del trabajador y no.se causen perjuicios.

NOVENO; SUJECION A LAS NORMAS DEL TRABAJO. Este contrato ha sido redactado de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y Será interpretado con buena Fe y en consonancia con él, CST cuyo objeto, "definido en su artículo 1 es lograr la justicia entre empleadores y trabajadores dentro del espíritu de coordinación económica' y equilibrio social. En consecuencia, los aspectos no regulados por este contrato se regirán por las normas del mismo código y las demás que lo complementen o lo modifiquen.

Para Constancia se firma el presente, en la Ciudad de Gachancipá, Cund. A los 18 días del mes de octubre de 2023.

Empleador:
LILIA YAZMIN BERNAL P.
Representante Legal.
SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL S.A.S

Empleado:
HERNANDO BELLO HERNANDEZ.
C.C. 11.341.001 DE COGUA.

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/4290
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 06/09/2023

Pre – ocupacional o Ingreso [X] **Pos – ocupacional Egreso** [ ] **Periódico** [ ]

Nombre: HERNANDO BELLO HERNANDEZ

Identificación 11.341.001

Peso 65 KG
Empresa: SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL SAS 900843977-2

Edad: 62 AÑOS
Género: M
Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

*OPTOMETRIA	[X]	*GLICEMIA	[X]	*RADIOGRAFÍA	[ ]
*AUDIOMETRIA	[X]	*COLESTEROL	[X]	*ELECTROCARDIOGRAMA	[X]
*ESPIROMETRIA	[X]	*TRIGLICERIDOS	[X]	*OTRO	

*PRUEBA DE EQUILIBRIO ESTABLE [X] INESTABLE [ ]

*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL [X] *OSTEOMUSCULAR NORMAL [X]

*NEUROLÓGICO NORMAL [X] *PSICOSENSIOMETRICO NORMAL [X]

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

*APTO PARA EL CARGO [X] *APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X] *APTO CON RESTRICCIONES [ ]

EXAMEN PERIODICO

*PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [X] NO [ ] *REUBICACION LABORAL [ ]

*OBSERVACIONES _____

EXAMEN DE EGRESO

*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [X] CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGIAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE UL DE MAYO 2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE

Calle 27 sur N° 22 a 78 "Barrio Olaya" Tel: 3118734434
www.mediprosaludocupacional.com – mediprocupacional@gmail.com

ARL | sura

Medellín, 04 de September de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CUNDINAMARCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C11341001	BELLO HERNANDEZ HERNANDO	05/09/2023		14319712	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/09/2023 11:24:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 8.242.158.107, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4006412710	0|4|0|9|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1. tipo de tramite	2. Tipo afil acion	3. Regimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
BELLO (Primer apellido)	HERNANDEZ (Segundo apellido)	HERNANDO (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7. Tipo documento de identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**
CC	11341001	Femenino ☐ Masculino ☒	2|0|0|8|1|9|6|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion -IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLPENSIONES	1160000

18. Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CRA 7 # 12 - 49	8788367		ATLANTACONSULTORESTH@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
TOCANCIPA	Urbana ☒ Rural ☐		CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

	26. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de Identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL SAS	NIT	900843977	01

39. Ubicación				
Dirección	Telefono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
Calle 3 # 5 - 35	8788367	ATLANTACONSULTORESTH@GMAIL.COM	GACHANCIPA	CMARCA

Sanitas
PARA VERIFICACIÓN
POR EPS FECHA 04 SEP 2023

Powered by CamScanner

compensar

Bogotá DC. 4 de Septiembre de 2.023

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 4/9/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 11341001
Nombres y Apellidos	HERNANDO BELLO HERNANDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 900843977
Razón Social Empleador	SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	4/9/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	4/9/2023
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

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

ISO 9001 IQNet SC 5002-14

FOR-PGIE-044

VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HERNANDO BELLO HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11341001**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de septiembre de 2023

Blanca Nubia Ramirez Aldana
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Powered by CamScanner

SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL SAS
NIT. 900.843.977-2

CERTIFICA QUE:

El señor **HERNANDO BELLO HERNANDEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. **11.341.001** de Zipaquirá se encuentra vinculado a la seguridad social a través de **SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL SAS** desde el 04 de septiembre de 2023, haciendo sus aportes de la siguiente manera:

EPS:	**SANITAS**
AFP:	**COLPENSIONES**
ARL:	**SURA**
CCF:	**COMPENSAR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 04 días del mes de septiembre de 2023.

SOLUCIONES BERNAL & BERNAL SAS
Nit: 900.843.977-2

JAVIER GUTIERREZ
Recursos Humanos
Tel. 878 9367

Powered by CamScanner

CONSORCIO VÍAS 2023	CONSORCIO VIAS 2023 Nit.: 901.722.635-3	
	SISTEMA DES GESIÓN DE CALIDAD	Código: GT-FOR-20
	PROCESO: GESTION DE TALENTO HUMANO	Versión: 04
	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Fecha: 20/04/2022

Proyecto:	VIA SECTOR LA PLAZUELA - NEUSA. COGUA - CUND	**Consecutivo:**	VIAS - 2023 - 0014
Fecha de la inducción:	18-10-23	**Fecha de Ingreso:**	18-10-23
Nombre del Trabajador:	Hernando Bello	**Nº de cédula:**	11341001
Cargo a desempeñar:	Oficial	**Jefe inmediato:**	LUIS CARLOS HERRERA
Responsable de Inducción / Reinducción	MAURICIO FORERO	**Cargo:**	PROFESIONAL SST

INDUCCIÓN (X) **REINDUCCIÓN ( )**

NUEVO X VACACIONES ___ CAMBIO DE LABOR ___ POSINCAPACIDAD ___ CAMBIO CENTRO COSTO ___ REINTEGRO ___

A continuación se enunciaran los temas tratados durante la Inducción ó Reinducción:

ITEM	TEMATICA	SI	NO
1	Generalidades de la empresa	X	
2	Aspectos generales y legales del SGI	X	
3	Políticas y objetivos del SGI	X	
4	Organigrama	X	
5	Reglamento de Higiene, Seguridad y Salud en el Trabajo	X	
6	Reglamento Interno de Trabajo	X	
7	Peligros en SST y sus controles (Matriz de Peligros, factores de riesgo del puesto de trabajo) ✓	X	
8	Matriz de Comunicación	X	
9	COPASST / Vigía	X	
10	Comité de Convivencia Laboral	X	
11	Plan de Emergencias	X	
12	Derechos y deberes dentro del sistema general de riesgos laborales	X	
13	Procedimientos de seguridad, entre otros.	X	
14	Otros Reporte accidentes. Notificacion de peligros		

Nota obtenida en la Evaluación	7/9

OBSERVACIONES

MANIFIESTO QUE HE RECIBIDO Y ENTENDIDO LOS TEMAS TRATADOS EN ESTA INDUCCIÓN /O REINDUCCIÓN Y ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,RESPONSABILIDADES A MI; ASIGNADAS BAJO LOS PRINCIPIOS DEIL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL. EN CONSTANCIA FIRMO:

Firma Trabajador:	Firma del Jefe Inmediato:	Firma del responsable de la inducción / reinducción
	JCH	

CONSORCIO VÍAS 2023	CONSORCIO VIAS 2023 Nit.: 901.722.635-3	
	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	CODIGO: GT-FOR-02
	PROCESO: GESTION DEL TALENTO HUMANO	Versión: 04
	ENTREGA DE DOTACION Y EPP	Fecha: 13/07/2022

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Hernando Bello	CEDULA No.	1134[illegible]1	CARGO	Oficial

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Camisa + Pantalon	1	18-10-23	
2	Botas de seguridad	1	18-10-23	
3	Casco de seguridad	1	18-10-23	
4	Guantes de vaqueta	1	18-10-23	
5.	Gafas	1	18-10-23	
6	Impermeable	1	18-10-23	
7	Proteccion auditiva	1	18-10-23	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Yadico Favio	CEDULA No.	1049602789
CARGO	Profesional SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes, como trabajador, definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en la hoja de vida de cada trabajador archivado en las carpetas de recurso humano.

El presente compromiso aplica para los elementos de dotación y protección personal entregados.

FIRMA DE QUIEN RECIBE LOS ELEMENTOS Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

Cogua, Cundinamarca 18 de octubre de 2023

Señor
HERNANDO BELLO HERNÁNDEZ
C.C. 11.341.001
Ciudad

Asunto: AUTORIZACIÓN EXAMEN MEDICO DE EGRESO

Cordial saludo:

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Articulo 6° Evaluaciones Médicas Ocupacionales de Egreso, solicitamos por favor sírvase asistir a un examen médico ocupacional de retiro que se practicara en la IPS MEDICENTER Ubicada en CALLE 80. 72-85 Bogotá, con número telefónico 3228034642 Este examen es totalmente gratuito, tiene un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para la realización de este examen.

Atentamente,

NUBIA DUCON
COORDINADORA DE PROYECTO.

Yo HERNANDO BELLO HERNÁNDEZ, como colaborador de CONSORCIO VÍAS acepto y me responsabilizo a realizarme dicho examen de retiro en un término no mayor a cinco (5) días hábiles al término del vínculo con el consorcio, si en ese tiempo no me he realizado dicho diagnostico; exonero a la empresa CONSORCIO VÍAS con NIT 901.722.635-3 de toda responsabilidad en cuanto a enfermedad laboral derivada de mi trabajo o lesiones sufridas por accidentes o incidentes laborales que tengan efectos posteriores en mi estado de salud.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado de la importancia de los exámenes relacionados con el perfil del cargo y los factores de riesgo a los cuales voy a estar expuesto y/o me encuentro expuesto actualmente en el cargo, así mismo conozco la importancia que tienen los programas de prevención. Declaro estar debidamente informado (a) según dispone la Resolución 2346 de julio 11 de 2007 en el parágrafo del artículo 10 y he tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Esta autorización es otorgada por mí y declaro que me encuentro en plenas facultades mentales y no estoy bajo ninguna presión, coacción o cohesión por parte del personal del CONSORCIO VÍAS 2023.

HERNANDO BELLO HERNÁNDEZ
C.C. 11.341.001

ICCU	FORMATO	CÓDIGO	SS-MC-FR-02
	GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA	VERSIÓN	0
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	6/10/2022

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	SMILEY MAURICIO FORERO ACOSTA
TEMATICA:	INDUCCIÓN: POLÍTICAS SST DEL CONSORCIO VÍAS 2023, QUE ES UN AL Y COMO SE REPORTA; QUE ES ENFERMEDAD PROFESIONAL, SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIA Y CAPACITACIÓN, MATRIZ DE RIESGOS, QUE ES CODOLA Y COMO SE CONFORMA; QUÉ ES COPASST; DERECHO AL INFORME MEDICO DE INGRESO Y NOTIFICACIÓN DEL EXAMEN MEDICO DE RETIRO; USO Y ENTREGA DE EPP; SOCIALIZACIÓN DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, SOCIALIZACIÓN EN SGSS, OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES, Y LOS EMPLEADORES. SOCIALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS SEGÚN ACTIVIDAD CONSTRUCTIVA, SOCIALIZACIÓN DE CRONOGRAMA SST, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, NOTIFICACIÓN DE CARGO NOTIFICACIÓN DEL CARGO.

FECHA DE REUNIÓN:	16/10/2023	**LUGAR:**	SALON COMUNAL, ESCUELA DEL CARDONAL, COGUA - CUND	**HORA INICIO:**	8:00 a. m.	**HORA FINAL:**	9:00 a. m.

ASISTENTE	CARGO	ÁREA/MENICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO TELEFONICO	FIRMA
HERNANDO BELLO	AYUDANTE	SST/ MUNICIPIO DE COGUA	NA	3115487224	
HERNAN BUITRAGO	AYUDANTE	SST/ MUNICIPIO DE COGUA	NA	3007396788	
ORLANDO MARTINEZ	AYUDANTE	SST/ MUNICIPIO DE COGUA	NA	3007396788	
NESTOR LIZCANO	AYUDANTE	SST/ MUNICIPIO DE COGUA	NA	3007396788	

OBSERVACIONES: