# 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:** 3106841999 |
| **NOMBRE DEL TRABAJADOR:** MARTINEZ ORLANDO ANTONIO. | **Nº IDENTIFICACIÓN:** C.C. 7.759.060 DE BOGOTA. |
| **DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR:** COGUA, (CUNDINAMARCA). | **TELEFONO:** 3007396788 |
| **LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD:** (VENEZUELA), 06 ABRIL 1.970. 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:** 26- OCTUBRE-2023. | **LUGAR DONDE DESEMPEÑARA LAS LABORES:** OBRA CIVIL: CONSORCIO VIAS 2023. | |

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, según el artículo 167 del mismo código. El horario de trabajo en las obras será el

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 pm.

**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.

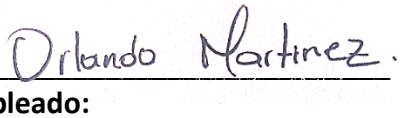
**SEPTIMA. TERMINACION DEL CONTRATO POR JUSTA CAUSA.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el articule 62 del CST, subrogado por el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965, y además por parte del empleador las prescritas 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 Ia 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 26 días del mes de Octubre de 2023






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

**Empleado:**
ORLANDO ANTONIO MARTINEZ.
C.C. 7.559.060 DE BOGOTA.

ARL | sura

Medellín, 23 de October 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 % | | |
| X7559060 | MARTINEZ ORLANDO ANTONIO | 24/10/2023 | | h2211572 | 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 23/10/2023 14:35:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 204.199.122.27, 192.230.104.7, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

compensar

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

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

Bogotá D.C., 23 de octubre de 2,023

### A QUIEN INTERESE

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

| | |
|---|---|
| Tipo de Identificación: | PT |
| No. de Identificación: | 7559060 |
| Nombre: | ORLANDO ANTONIO MARTINEZ |
| Empresa/Contratante: | SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL S.A.S. |
| Idenficación Empresa: | NIT |
| No. Identificación Empresa: | 900843977 |
| Fecha de Afiliación a CCF: | 2023/10/23 |
| Fecha de Ingreso a la empresa: | 2023/10/23 |
| Estado: | Afiliado |
| Categoría: | A |

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

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

**GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL**
Elaboró: SER VICIO CBOTGIE PORTICO
Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14 IQNet

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

## CERTIFICA QUE:

**ORLANDO ANTONIO MARTINEZ,** identificado(a) con permiso por protección temporal **7559060** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de octubre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

**SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL SAS**
**NIT. 900.843.977-2**

**CERTIFICA QUE:**

El señor **ORLANDO ANTONIO MARTINEZ** identificado con permiso por protección temporal No. **7559060** de Bogotá se encuentra vinculado a la seguridad social a través de **SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL SAS** desde el 23 de octubre de 2023, haciendo sus aportes de la siguiente manera:

| | |
|---|---|
| **EPS:** | **NUEVA EPS** |
| **AFP:** | **PORVENIR** |
| **ARL:** | **SURA** |
| **CCF:** | **COMPENSAR** |

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de octubre de 2023.

SOLUCIONES BERNAL & BERNAL SAS
Nit. 900.843.977-2

**JAVIER GUTIERREZ**
Recursos Humanos
Tel. 878 9367

# MEDIPRO IPS
## SALUD OCUPACIONAL

**INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL**
**TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS**

**N2023/4437**
**NIT. 830.592.359-3**



**FECHA:** 23/10/2023
**Pre – ocupacional o Ingreso** [X] **Pos – ocupacional Egreso** [ ] **Periódico** [ ]

**Nombre:** ORLANDO ANTONIO MARTINEZ
**Identificación.** 7559060
**Peso** 68 KG
**Edad:** 53 AÑOS
**Empresa:** SOLUCIONES BERNAL Y BERNAL SAS
**Género:** M
**Cargo:** AYUDANTE DE CONSTRUCCION
EPS NUEVA EPS

| 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] | | |
| *NECROLÓGICO | NORMAL [X] | *PSICOSENSOMETRICO | NORMAL [X] | | |

| CONCEPTO DE APTITUD LABORAL | | |
|---|---|---|
| *APTO PARA EL CARGO [X] | APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X] | *APTO CON RESTRICCIONES [ ] |

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR ACTIVIDADES O TRABAJO EN ALTURAS

| EXAMEN PERIODICO | | | |
|---|---|---|---|
| *PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR | SI [X] | NO [ ] | *REUBICACION LABORAL [ ] |
| *OBSERVACIONES | | | |

| EXAMEN DE EGRESO | | | |
|---|---|---|---|
| *SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL | SI [ ] | NO [ ] | 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 PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147505
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

**FIRMA DEL ESPECIALISTA**

**FIRMA DEL PACIENTE**

| CONSORCIO VÍAS 2023 | CONSORCIO VIAS 2023<br>Nit.: 901.722.635-3 | |
|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | CODIGO: GT-FOR-02 |
| | PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | Versión: 04 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN 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 | Orlando Martinez | CEDULA No. | 7559060 | CARGO | Ayudante. |
|---|---|---|---|---|---|

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| ITEM | EPP ENTREGADOS: | CANTIDAD | FECHA | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DOTACION (JEAN Y CAMISA ) | 1 | | |
| 2 | CASCO DE SEGURIDAD | 1 | | |
| 3 | BOTAS DE SEGURIDAD | 1 | | |
| 4 | GAFAS DE PROTECCION | 1 | | |
| 5 | GUANTES | 1 | | |
| 6 | TAPAOIDOS | 1 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

| NOMBRE | DARLEY MAURICIO FORERO | CEDULA No. | 1.049.602.789 |
|---|---|---|---|
| CARGO | PROFESIONAL SST | FIRMA | |

**COMPROMISO**

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, 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 25 octubre de 2023

Señor
ORLANDO MARTÍNEZ
CC. 7559060
Ciudad

Asunto: AUTORIZACIÓN EXAMEN MEDICO DE EGRESO

Cordial saludo:

Dando cumplimiento a lo expresado en la Resolución 2346 de 2007 Artículo 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 ORLANDO MARTÍNEZ, 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.

ORLANDO MARTÍNEZ
CC. 7559060

| CONSORCIO VÍAS 2023 | CONSORCIO VIAS 2023<br>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 - |
| **Fecha de la inducción:** | 26-10-23 | **Fecha de Ingreso:** | 26-10-23 |
| **Nombre del Trabajador:** | Orlando Martinez | **N° de cédula:** | 7559060 |
| **Cargo a desempeñar:** | Ayudante | **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 / Vigia | 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 | | |

| Nota obtenida en la Evaluación | |
|---|---|

**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 |  |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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.<br>SOCIALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS SEGÚN ACTIVIDAD CONSTRUCTIVA, SOCIALIZACIÓN DE CRONOGRAMA SST, NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, NOTIFICACIÓN DE CARGO<br>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: