

ANEXO No. 04 PLANILLAS

	FEBRERO - MARZO								
	EMPRESA	NIT	DOS UL.	DIAS HABILES DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO	FECHA DE PAGO	NUMERO DE PLANILLA	ESTADO DE ENTREGA	FRENTE DE OBRA
1	JC TRANSCENDER SAS	901157717-5	17	6	6-mar-24	RETITADO NO ACTIVIDADES	RETITADO NO ACTIVIDADES	MAGNETICO	TRANSMILENIO
2	BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE	900784130	30	12	12-mar-24	01/03/2024	75169404	MAGNETICO	TRANSMILENIO
3	INDENERCOL SAS	901688341-8	30	13	13-mar-24	07/03/2024	75033844	MAGNETICO	TRANSMILENIO
4	FREDY MERCHAN	901036645-4	35	13	13-mar-24	21/15/24	75392474	MAGNETICO	TRANSMILENIO
5	AH3	90101033	33	12	12-mar-24	8/03/2024	9463825596	MAGNETICO	TRANSMILENIO
6	DINPROING	9461532296	96	20	20-mar-24	15/03/2024	9464340273	MAGNETICO	TRANSMILENIO
7	JYJ	35253952	52	52	14-mar-24	15/03/2024	74761640-75107274	MAGNETICO	TRANSMILENIO
8	ELECTRONIKA	901549556-9	56	56	15-mar-24	13/03/2024	75399304	MAGNETICO	TRANSMILENIO
9	MAFFI CONSTRUCTORA	900898254	54	15	15-mar-24	23/03/2024	74924393	MAGNETICO	TRANSMILENIO
10	WALGO SAS	900282067-7	67	17	21-mar-24	26/02/2024	74851441	MAGNETICO	TRANSMILENIO
11	SOLUCIONES INTELIGENTES	900802377-8	77	20	20-mar-24	08/03/2024	75446611	MAGNETICO	TRANSMILENIO
12	SIGNALETIKA	NI 901692568	68	68	16-mar-24	08/03/2024	29256900-29256743	MAGNETICO	TRANSMILENIO
13	AMYCIA SAS	900188894-1	94	94	22-mar-24	15/03/2024	75614722	MAGNETICO	TRANSMILENIO

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	4151977	JEYSSON ANDRES BECERRA ALMANZA		calle 129 #56c -22	3118820538	andres6930@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	23/02/2024	74983847	\$575.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	252.500	0		0		0	0	0	0	252.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	323.200	0	0	0	0	0	0		323.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	252.500	252.500
Pensión	1	323.200	323.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	575.700	575.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	4151977	JEYSSON ANDRES BECERRA ALMANZA		calle 129 #56c -22	3118820538	andres6930@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-02	2024-02	I	23/02/2024	74983847	\$575.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SENA	IOE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	4151977	BECCERRA ALMANZA JEYSSON ANDRES	3	0			N																231001	2.020.000	323.200	0	0	0	0	EPS017	2.020.000	252.500		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03	486710567	9463825596	E	2024/03/08	2024/03/01	BANCO ITALY	0	\$3,882,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
NIT 901101033	5	AH3 SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	Cr 87 65 35 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7859766	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03	486710567	9463825596	E	2024/03/08	2024/03/01	BANCO ITAU	0	\$3,882,400

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900784130-8	BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE INGENIERIA SAS		CL 103 No. 70-C15 SEGUNDO PISO	3125194227	byeduqueing@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-02	E	01/03/2024	75169404	70
					TOTAL A PAGAR
					\$4.923.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	140.000	0		0		0	0	0	0	140.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	173.000	0		0		0	0	0	0	173.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	67.200	0		0		0	0	0	0	67.200	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	380.000	0		0		0	0	0	0	380.000	3

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	944.800	0	0	0	0	0	0		944.800	2
230301	Porvenir	800224808-8	2.095.900	0	0	0	0	0	0		2.095.900	5

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	362.700				362.700	0	0	362.700			3.627	362.700	7

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	760.200	0	0
					Total a Pagar		No. Afiliados		
					760.200		7		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	760.200	760.200
Pensión	2	3.040.700	3.040.700
Riesgos Laborales	1	362.700	362.700
CCF	1	760.200	760.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	4.923.800	4.923.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900784130-8	BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE INGENIERIA SAS		CL 103 No. 70-C15 SEGUNDO PISO	3125194227	byeduqueing@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					7 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-03	2024-02	E	01/03/2024	75169404	\$4.923.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE											INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subleigo	Extrajero	Cotiz. exterior	Domestico	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IOE	IOE	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52058271	CERQUERA CABRERA DIANA MILENA	1	0			S																		230201	1.777.067	284.400	0	0	0	0	EPS005	1.777.067	71.100	14-11	1.777.067	1	9.300	CCF24	1.777.067	71.100	0	0	0	0	0
2	CC	52058271	CERQUERA CABRERA DIANA MILENA	1	0			S														L				230201	126.934	20.400	0	0	0	0	EPS005	126.934	5.100	14-11	126.934	1	0	CCF24	126.934	5.100	0	0	0	0	0
3	CC	52179907	JARAMILLO MENDOZA GLORIA ISABEL	1	0			S																		230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS010	4.000.000	160.000	14-11	4.000.000	1	20.900	CCF24	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
4	CC	79658588	ORTEGA DUQUE ANDRES	1	0			S																		230301	2.419.200	387.100	0	0	0	0	EPS005	2.419.200	96.800	14-11	2.419.200	5	168.400	CCF24	2.419.200	96.800	0	0	0	0	0
5	PT	5615406	CHIRINOS DELGADO CARLOS ALEXANDER	1	0			S																		230301	1.680.000	268.800	0	0	0	0	EPS008	1.680.000	67.200	14-11	1.680.000	5	117.000	CCF24	1.680.000	67.200	0	0	0	0	0
6	CC	1000334982	DUQUE JARAMILLO MARIANA CAMILA	1	0			S																		230301	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS010	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	1	7.900	CCF24	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
7	CC	1026285784	DUQUE JARAMILLO LAURA CATALINA	1	0			S																		230301	3.500.000	560.000	0	0	0	0	EPS001	3.500.000	140.000	14-11	3.500.000	1	18.300	CCF24	3.500.000	140.000	0	0	0	0	0
8	CC	79621154	DUQUE RAMIREZ CESAR AUGUSTO	1	0			S																		230201	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS010	4.000.000	160.000	14-11	4.000.000	1	20.900	CCF24	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35253952	CLAUDIA YANETH SIERRA		CALLE 164 # 16A 14	3194329594	jysumapazlhc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-02	2024-02	I	15/03/2024	74761640	10
					TOTAL A PAGAR
					\$397.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	2	300	0	162.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	2	400	0	208.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF22	Colsubsidio					860007336-1	26.000	2	100
					Total a Pagar		No. Afiliados		
					26.100		1		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.800
Pensión	1	208.000	208.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	396.500	397.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35253952	CLAUDIA YANETH SIERRA		CALLE 164 # 16A 14	3194329594	jysumapazlhc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-02	2024-02	I	15/03/2024	74761640	\$397.300

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	APR	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	35253952	SIERRA CLAUDIA YANETH	3	0		N																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500		0		0	CCF22	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0	0

PAGADA

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901692568	8	SIGNALETIKKA SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CALLE 127 NO 58 45 T1 AP 1209		3054662444		SIGNALETIKKA@GMAIL.COM		S	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-02	2024-03	29256743	E	2024-03-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	402.500	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	29256743	2024-03-15	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS		PENSIÓN						SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica						
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL						IBC	Cot.	Cot.	Cot.		
1	CC 78715211	LABARCES CANTILLO DAVID EDUARDO	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.300.000	208.000		0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.300.000	52.000	CAFAM-CCF21	1.300.000	52.000	1.300.000	90.500	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	402.500	S	5433004

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901692568	8	SIGNALETIKKA SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CALLE 127 NO 58 45 T1 AP 1209		3054662444		SIGNALETIKKA@GMAIL.COM		S	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-02	2024-03	29256743	E	2024-03-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	402.500	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	29256743	2024-03-15	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.300.000	1.300.000	1.300.000	1.300.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	208.000	0	0	0	208.000
PORVENIR	230301	800224808	8	1	208.000	0	0	0	208.000
EPS(Administradoras: 1)				1	52.000	0	0	0	52.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	52.000	0	0	0	52.000
ARP(Administradoras: 1)				1	90.500	0	0	0	90.500
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	90.500	0	0	0	90.500
CCF(Administradoras: 1)				1	52.000	0	0	0	52.000
CAFAM	CCF21	860013570	3	1	52.000	0	0	0	52.000
Gran Total					402.500	0	0	0	402.500

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901692568	8	SIGNALETIKKA SAS	B	1	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CALLE 127 NO 58 45 T1 AP 1209		3054662444		SIGNALETIKKA@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-02	2024-02	29256900	Y	2024-03-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	217.300	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	29256900	2024-03-15	Pagada							

EMPLEADO				NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN		SALUD		CCF		Tipo de Cotizante	Subtipo de Cotizante	Exento de Parafiscales	Actividad Económica	
N.	ID	EMPLEADO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AP	EP	CF	ARL	NOMBRE	NOMBRE					NOMBRE
1	CC 8511449	QUINTERO MOLINARES CESAR ALBERTO		R															0			0	0	0	2	SINAFP-SINAFP	SIN EPS-SINEPS	SIN CCF-SINCCF	59	0	N	5711001
2	CC 79948043	HERRERA MARTINEZ EDUARDO		R															0			0	0	0	10	SINAFP-SINAFP	SIN EPS-SINEPS	SIN CCF-SINCCF	59	0	N	5433004
3	CC 1014198038	ESPINOSA MOYA JEFERSON																	0			0	0	0	30	SINAFP-SINAFP	SIN EPS-SINEPS	SIN CCF-SINCCF	59	0	N	5433004
4	CC 1043609665	QUINTERO RIVERA LUIS DAVID																	0			0	0	0	30	SINAFP-SINAFP	SIN EPS-SINEPS	SIN CCF-SINCCF	59	0	N	5433004

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901692568	8	SIGNALETIKKA SAS	B	1	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
11-1	CALLE 127 NO 58 45 T1 AP 1209		3054662444		SIGNALETIKKA@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-02	2024-02	29256900	Y	2024-03-08	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	217.300	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
4	29256900	2024-03-15	Pagada							

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
ARP(Administradoras: 1)				4	217.300	0	0	0	217.300
POSITIVA	14-23	860011153	6	4	217.300	0	0	0	217.300
Gran Total					217.300	0	0	0	217.300

La empresa **EDUARDO HERRERA MARTINEZ**, identificada con **CC** número **79948043**, aportó por el empleado **EDUARDO HERRERA MARTINEZ** identificado(a) con **CC** número **79948043** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	G	R	E	D	E	T	A	D	E	P	T	V	S	L	N	E	I	G	M	A	C	V	A	V	C	T	P	I	R	P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	3																															0	30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Febrero - 2024	75080544	01/03/2024	NO		
EPS008	Compensar EPS	3																															0	30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Febrero - 2024	75080544	01/03/2024	NO		

PAGADA

El presente certificado se expide a los 21 días del mes Marzo de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

NO638

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
NIT 822005946	7	DESARROLLO INTEGRAL PROYECTO INGENIERIA LIMITADA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	822005946	CALLE 162 #54 - 15 INT 3	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8070417	Si	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Valor
2024-02	2024-03	515991841	9464340273	E	2024/03/12	2024/03/15	BANCO DAVIVIENDA		\$9,178,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																														
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	1051661046	ACUÑA JIMENEZ JADER JOSE																		230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	30	SI
2	CC	11448105	ALARCON ALARCON ALEXIS ALEJANDRO																		230201	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	30	SI
3	CC	1046272889	ALMANZA SANZ LEIDER JUNNIOR	X	X																230301	2	ESSC07	2	CCF24	2	14-11	2	2	SI
4	CC	19246426	ALVAREZ GARIBELLO ALFONSO	X	X																0	EPS037	1	CCF24	1	14-11	1	1	SI	
5	CC	1049900312	AMARIS GIL LUIS GUILLERMO	X	X																230201	15	EPS017	15	CCF24	15	14-11	15	15	SI
6	CC	79524948	BERNAL CASTILLO JUAN MIGUEL	X	X																25-14	2	EPS037	2	CCF24	2	14-11	2	2	SI
7	CC	1042978688	CAICEDO REALES LEGUIS ANTONIO		X																230301	1	EPS002	1	CCF24	1	14-11	1	1	SI
8	CC	1045172580	CANTILLO GARCES YORMAN	X																	230301	4	EPS010	4	CCF24	4	14-11	4	4	SI
9	CC	1074414560	CARDENAS BEJARANO JORGE ARTURO	X																	230301	4	EPS017	4	CCF24	4	14-11	4	4	SI
10	CC	1031640918	CARVAJALINO ALTAMIRANDA LUIS MARIO	X																	230301	23	EPS002	23	CCF24	23	14-11	23	23	SI
11	CC	1006030859	CONTRERAS CANAS FANDER	X																	230201	19	EPS002	19	CCF24	19	14-11	19	19	SI
12	CC	52987442	CUEVAS ORTIZ LIZBETH																		230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	30	SI
13	CC	1127943973	FLORES CUBILLOS WILLIAMS FRANCISCO	X	X																230301	1	EPS008	1	CCF24	1	14-11	1	1	SI
14	CC	85167351	FLORIAN LOBATO ODIS	X																	230201	19	EPS002	19	CCF24	19	14-11	19	19	SI
15	CC	1085046266	GALLARDO AMARIS BLADIMIR DE LOS SANTOS		X																230301	1	EPS048	1	CCF24	1	14-11	1	1	SI
16	CC	73591978	GALLARDO MEJIA HILBERT ISNARDO																		230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-11	30	30	SI
17	CC	1031154108	GALLARDO AMARIS WILFRIDO		X																230201	1	EPS037	1	CCF24	1	14-11	1	1	SI
18	CC	9021063	GARCES HERNANDEZ JOSE LUIS	X																	230201	9	EPS002	9	CCF24	9	14-11	9	9	SI
19	CC	72223256	GOMEZ VARGAS IVAN ALFONSO	X	X																25-14	8	EPS042	8	CCF24	8	14-11	8	8	SI
20	CC	80377388	GONZALEZ CARDENAS CARLOS ANDRES	X																	230301	4	EPS017	4	CCF24	4	14-11	4	4	SI
21	PT	921928	GUERRERO HERNANDEZ POGAS MELEOR																		230301	30	EPS037	30	CCF24	30	14-11	30	30	SI
22	PT	4896720	HERNANDEZ DENNOR JAVIER		X																230201	1	EPS008	1	CCF24	1	14-11	1	1	SI
23	CC	80377502	JIMENEZ BARRETO JAIRO HUMBERTO	X																	230301	4	EPS017	4	CCF24	4	14-11	4	4	SI
24	CC	1052989676	JIMENEZ MACHADO LUIS FERNANDO																		230301	30	ESSC24	30	CCF24	30	14-11	30	30	SI
25	CC	1101444978	JULIO BARON JAIME LUIS	X	X																230301	6	EPS037	6	CCF24	6	14-11	6	6	SI
26	CC	79672771	LASPRILLA PALACIOS LUIS GABRIEL	X																	25-14	3	EPSC34	3	CCF24	3	14-11	3	3	SI
27	CC	1233908510	LOPEZ SUAREZ DANIELA ALEJANDRA		X																230301	1	EPS017	1	CCF24	1	14-11	1	1	SI

28	PT	5513332	LOPEZ MATUTE YORCY JOSE	X															230301	17	EPSC34	17	CCF24	17	14-11	17	17		Si					
29	CC	1051658478	MENDOZA RIBON JHEAN CARLOS	X															230301	23	EPS005	23	CCF24	23	14-11	23	23		Si					
30	CC	1067869766	MENDOZA POLO YAN CARLOS	X	X														230301	4	EPS002	4	CCF24	4	14-11	4	4		Si					
31	CC	1010216334	MONTAÑA VARGAS MAICOL STIVEN	X															230201	4	EPS017	4	CCF24	4	14-11	4	4		Si					
32	CC	1127661318	MORAN FLORIAN JESUS GREGORIO	X	X														25-14	2	EPS037	2	CCF24	2	14-11	2	2		Si					
33	CC	15618905	MORELO ROSSO GEOVANI																25-14	30	EPS008	30	CCF24	30	14-11	30	30		Si					
34	CC	1051588433	MOYANO MATEUS WILMARTH	X															230301	4	EPS017	4	CCF24	4	14-11	4	4		Si					
35	PT	7894887	NARVAEZ ARMAS ALBIS DANIEL	X															230301	9	EPS037	9	CCF24	9	14-11	9	9		Si					
36	PT	1084294	NARVAEZ PABLO EMILIO																230201	30	EPS037	30	CCF24	30	14-11	30	30		Si					
37	CC	1004507009	NUÑEZ FLORIAN DEIMIL	X	X														230301	2	EPS048	2	CCF24	2	14-11	2	2		Si					
38	CC	1127662913	PABON MORAN NOLBER	X	X														230201	2	EPS037	2	CCF24	2	14-11	2	2		Si					
39	CC	1023962591	PAEZ URBANO WILLIAM RODRIGO	X															230301	8	EPS017	8	CCF24	8	14-11	8	8		Si					
40	CC	1046426390	PEREZ GALLARDO ANDRES DAVID	X															230301	23	ESSC07	23	CCF24	23	14-11	23	23		Si					
41	CC	79159033	PEREZ SANCHEZ CARLOS ALONSO	X															230301	21	EPS037	21	CCF24	21	14-11	21	21		Si					
42	PT	880215	PEREZ SUAREZ GERARDO ANTONIO		X														230201	1	EPS017	1	CCF24	1	14-11	1	1		Si					
43	CC	1193554937	PEREZ GALLARDO JHON JAIRO	X															230301	24	EPS017	24	CCF24	24	14-11	24	24		Si					
44	CC	19443131	PINZON PULIDO LUIS EDUARDO	X	X														25-14	3	EPS017	3	CCF24	3	14-11	3	3		Si					
45	CC	79559738	PIRAGAUTA BELTRAN MAURICIO	X	X														230301	2	EPS005	2	CCF24	2	14-11	2	2		Si					
46	CC	1033697378	RAMIREZ PEREZ MARIO GIUSEPPE																230201	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	30		Si					
47	CC	1065659447	REALES RODRIGUEZ JHONATAN DE JESUS	X	X														230301	4	EPS002	4	CCF24	4	14-11	4	4		Si					
48	CC	79988897	RIANO CEPEDA RAUL GREGORIO																230201	30	EPS005	30	CCF24	30	14-11	30	30		Si					
49	CC	79283202	RODRIGUEZ DUQUE JOSE ARMANDO	X															25-14	22	EPS017	22	CCF24	22	14-11	22	22		Si					
50	CC	79325227	RUIZ MURCIA WILLIAM HUMBERTO	X	X														230201	2	EPS005	2	CCF24	2	14-11	2	2		Si					
51	CC	1022966303	SALCEDO RODRIGUEZ OSCAR EDUARDO	X															230301	22	EPS017	22	CCF24	22	14-11	22	22		Si					
52	CC	1032400140	SILVA ESLAVA JUAN CARLOS	X	X														230301	1	EPS017	1	CCF24	1	14-11	1	1		Si					
53	CC	1120361226	TORRES PABON FABIO	X															230301	22	EPS017	22	CCF24	22	14-11	22	22		Si					
54	CC	79345854	TORRES MORALES WILSON	X															230301	7	EPS008	7	CCF24	7	14-11	7	7		Si					
55	CC	80254494	TORRES PABON WILSON EDY	X															230301	21	EPS008	21	CCF24	21	14-11	21	21		Si					
56	CC	1052982942	VEGA TRESPALACIOS CARLOS JOSE	X	X														230201	1	ESSC07	1	CCF24	1	14-11	1	1		Si					
57	CC	16162077	ZULUAGA RAMIREZ VICTOR ALFONSO	X															231001	3	EPS002	3	CCF24	3	14-11	3	3		Si					
Total		Afiliados (57)																																

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 822005946	7	DESARROLLO INTEGRAL PROYECTO INGENIERIA LIMITADA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	822005946	CALLE 162 #54 - 15 INT 3	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8070417	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-03	515991841	9464340273	E	2024/03/12	2024/03/15	BANCO DAVIVIENDA		\$9,178,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				56	\$4,730,500	\$0	\$4,742,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$20,800	\$0	\$20,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	7	\$485,500	\$0	\$486,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	33	\$2,878,600	\$0	\$2,886,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	15	\$1,345,600	\$0	\$1,349,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				57	\$2,062,900	\$0	\$2,068,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	57	\$2,062,900	\$0	\$2,068,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				57	\$1,174,700	\$0	\$1,177,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	57	\$1,174,700	\$0	\$1,177,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 11)				57	\$1,185,900	\$0	\$1,189,600
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	\$34,700	\$0	\$34,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	6	\$156,200	\$0	\$156,700
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	\$13,900	\$0	\$14,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	\$52,000	\$0	\$52,200
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	2	\$5,300	\$0	\$5,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$7,000	\$0	\$7,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	17	\$345,700	\$0	\$346,600
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	3	\$45,200	\$0	\$45,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	10	\$180,500	\$0	\$181,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	10	\$246,500	\$0	\$247,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	\$98,900	\$0	\$99,200
TOTAL				57	\$9,154,000	\$0	\$9,178,400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901549556-9	IMPAKTA GESTION HUMANA VC SAS		CR 61 BIS No 99 88	3099566	diradministrativa@vicagroup.co m.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	ELECTRONIKA	500	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-02	E	13/03/2024	75399304	13
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$8.055.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	138.300	0		0		0	0	0	0	138.300	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	164.800	0		0		0	0	0	0	164.800	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	407.400	0		0		0	0	0	0	407.400	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	200.900	0		0		0	0	0	0	200.900	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	281.200	0		0		0	0	0	0	281.200	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	69.500	0		0		0	0	0	0	69.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.701.100	0	0	0	0	0	0	0	1.701.100	4
230301	Porvenir	800224808-8	636.600	0	0	0	0	0	0	0	636.600	2
231001	Colfondos	800227940-6	1.428.500	0	0	0	0	0	0	0	1.428.500	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.280.800	0	0	0	0	0	0	0	1.280.800	4

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	482.800				482.800	0	0	484.900			4.828	484.900	13

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.261.900	0	0	1.261.900	13

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901549556-9	IMPAKTA GESTION HUMANA VC SAS		CR 61 BIS No 99 88	3099566	diradministrativa@vicagroup.co m.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	ELECTRONIKA	500	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					13 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-03	2024-02	E	13/03/2024	75399304	\$8.055.900

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	1.262.100	1.262.100
Pensión	4	5.0047.000	5.047.000
Riesgos Laborales	1	484.900	484.900
CCF	1	1.261.900	1.261.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	8.055.900	8.055.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901549556-9	IMPAKTA GESTION HUMANA VC SAS		CR 61 BIS No 99 88	3099566	diradministrativa@vicagroup.co m.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	ELECTRONIKA	500	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				13 0
2024-03	2024-02	E	13/03/2024	75399304	TOTAL A PAGAR
					\$8.055.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subleigo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1000620538	VALENZUELA MONTENEGRO JOSEPH DAVID	1	0				S																230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	0	EPS002	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	1	7.900	CCF24	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
2	CC	1012390240	RAMOS PRECIADO EYBER DANILO	1	0				S						X										230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	72.000	14-4	1.800.000	1	9.400	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
3	CC	1015396244	CORTES CUITIVA JEISSON ALEXANDER	1	0				S											X					25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	0	EPS017	2.400.000	96.000	14-4	2.400.000	1	12.600	CCF24	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
4	CC	1015396244	CORTES CUITIVA JEISSON ALEXANDER	1	0				S																25-14	600.000	96.000	0	0	0	0	0	EPS017	600.000	24.000	14-4	600.000	1	0	CCF24	600.000	24.000	0	0	0	0	0
5	CC	1022975421	HERRERA ROMERO WILMER HENRY	1	0				S																231001	3.000.000	480.000	0	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	120.000	14-4	3.000.000	1	15.700	CCF24	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
6	CC	1030661960	JIMENEZ MORA DANIEL STEVEN	1	0				S						X										230201	2.150.000	344.000	0	0	0	0	0	EPS008	2.150.000	86.000	14-4	2.150.000	1	11.300	CCF24	2.150.000	86.000	0	0	0	0	0
7	CC	1032368467	ESPITIA PATIÑO FABIAN Y MAURICIO	1	0				S		X														231001	1.890.000	302.400	0	0	0	0	0	EPS008	1.890.000	75.600	14-4	1.890.000	2	19.800	CCF24	1.890.000	75.600	0	0	0	0	0
8	CC	1097390509	LONDOÑO GODOY JHON FABER	1	0				S																231001	4.000.000	640.000	0	0	0	0	0	EPS017	4.000.000	160.000	14-4	4.000.000	2	41.800	CCF24	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
9	CC	1110492419	NIETO RICARDO LUIS ALBERTO	1	0				S						X										25-14	1.941.414	310.700	0	0	0	0	0	EPS002	1.941.414	77.700	14-4	1.941.414	5	135.200	CCF24	1.941.414	77.700	0	0	0	0	0
10	CC	52389062	ALBA BARAJAS DAISY PATRICIA	1	0				S																230201	1.936.000	309.800	0	0	0	0	0	EPS005	1.936.000	77.500	14-4	1.936.000	1	10.200	CCF24	1.936.000	77.500	0	0	0	0	0
11	CC	52562301	ZARATE PEÑA LILIANA EMILSE	1	0				S																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-4	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
12	CC	79494506	ROMERO QUINCHANEGUA MIGUEL ANGEL	1	0				S						X										230301	1.875.000	300.000	0	0	0	0	0	EPS005	1.875.000	75.000	14-4	1.875.000	4	81.600	CCF24	1.875.000	75.000	0	0	0	0	0
13	CC	79494506	ROMERO QUINCHANEGUA MIGUEL ANGEL	1	0				S											X					230301	285.714	45.800	0	0	0	0	0	EPS005	285.714	11.500	14-4	285.714	4	0	CCF24	285.714	11.500	0	0	0	0	0
14	CC	79606380	LOPEZ DIAZ PEDRO NEL	1	0				S						X										25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	0	EPS037	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	5	104.400	CCF24	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
15	CC	79606380	LOPEZ DIAZ PEDRO NEL	1	0				S												X				25-14	228.571	36.600	0	0	0	0	0	EPS037	228.571	9.200	14-4	228.571	5	0	CCF24	228.571	9.200	0	0	0	0	0
16	CC	9146310	CAUSADO ESPITIA LERKIS ELIECER	1	0				S																230201	5.000.000	800.000	0	0	0	0	0	EPS010	5.000.000	200.000	14-4	5.000.000	1	26.100	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901036645-4	FORMAS METALICAS MERCHAN SAS		CL 54C 81J 36 SUR	8098966	freddyms721@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-02	E		75392474	14
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$5.274.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	369.400	0		0		0	0	0	0	369.400	8
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	416.000	0	0	0	0	0	0		416.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.477.400	0	0	0	0	0	0		1.477.400	8
25-14	Colpensiones	900336004-7	832.000	0	0	0	0	0	0		832.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.185.900				1.185.900	0	0	1.185.900			11.859	1.185.900	14

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte
CCF22	Colsubsidio					860007336-1	681.400
							Días Mora
							Valor Mora Aporte
							Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	681.400	681.400
Pensión	3	2.725.400	2.725.400
Riesgos Laborales	1	1.185.900	1.185.900
CCF	1	681.400	681.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	5.274.100	5.274.100

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901036645-4	FORMAS METALICAS MERCHAN SAS		CL 54C 81J 36 SUR	8098966	freddyms721@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		
SI							

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-02	E		75392474	\$5.274.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1026294392	MERCHAN PACHECO MARIA FERNANDA	1	0			S																	230301	1.650.000	264.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.650.000	66.000	14-11	1.650.000	5	114.900	CCF22	1.650.000	66.000	0	0	0	0	0
2	CC	79842252	MERCHAN SILVA FREDY INOCENCIO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	PT	4149817	ARISMENDI RODRIGUEZ JACKSON JESUS	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	1126418346	BERDUGO NAVA ENDER ANTONIO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
5	CC	1030587029	CORTES DURAN LAURA MARIA	1	0			S		X															230301	1.040.000	166.400	0	0	0	0	0	EPS017	1.040.000	41.600	14-11	1.040.000	5	72.400	CCF22	1.040.000	41.600	0	0	0	0	0
6	CC	79842539	SANDOVAL DIAZ JOHN JOSE	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
7	CC	1010045630	CORTES MULFORD CARLOS DANIEL	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
8	CC	80920058	LOPEZ SEPULVEDA EDWIN YAMID	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
9	CC	1000336524	MERCHAN HUERTAS RONAL FELIPE	1	0			S		X															230301	43.334	7.000	0	0	0	0	0	EPS017	43.334	1.800	14-11	43.334	5	3.100	CCF22	43.334	1.800	0	0	0	0	0
10	CC	1012319361	MERCHAN SILVA ADRIAN GUSTAVO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
11	CC	80262828	MERCHAN GOMEZ JUAN EMILIO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
12	CC	1010223459	RODRIGUEZ ROMERO YEFERSON ALEXANDER	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
13	CC	1022376512	CALVO CASTIBLANCO DIEGO ORLANDO	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
14	CC	79669205	SANCHEZ RUIZ SAMUEL	1	0			S																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901688341-8	INDENERCOL SAS		CLL 103 # 70C - 15 PISO 2	1000000	Indenercol@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-03	2024-02	E	07/03/2024	75033844	\$402.500
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	90.500				90.500	0	0	90.500			905	90.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	52.000	0	0	52.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	52.000	52.000
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	90.500	90.500
CCF	1	52.000	52.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	402.500	402.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901688341-8	INDENERCOL SAS		CLL 103 # 70C - 15 PISO 2	1000000	Indenercol@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-02	E	07/03/2024	75033844	10
					TOTAL A PAGAR
					\$402.500

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	VAC	AVP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010197400	HERNANDEZ ORTIZ EDGAR JESUS	1	0		S																	230301	1.300.000	208.000	0	0		0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-25	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
NI	900898254	MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA S.A.S		CARRERA 15 NUMERO 88 -64 OFCINA 808	7617188		SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		MES	AÑO	MES	AÑO					
S	B	BOGOTA	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		3	2024	2	2024	E	15 03 2024	75551666	Si	No

CENTRO DE TRABAJO		Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS					33					NIT EMPRESA CONVENIO					Todos																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
-------------------	--	-------	---------------------	--	--	--	--	----	--	--	--	--	----------------------	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	CÓDIGO AFP	CÓDIGO ARL	CÓDIGO CCF
24	CC 1073682246	GONZALEZ ELBER ANDRES	1	0			Si	001	11								X							30	30	30	30	EPS010	230301	14-25	CCF24	
25	CC 10774613	SAEZ MAFIOLY GARY ALAIN	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS002	25-14	14-25	CCF24	
26	CC 1116615316	NIÑO ZARATE SARA DARIANA	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS037	230301	14-25	CCF24	
27	CC 1127574160	CASTELLANOS CORTES INDIRA MARISOL	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS005	231001	14-25	CCF24	
28	CC 30688384	ARRIETA MARTINEZ BELLA ELVIRA	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS002	230301	14-25	CCF24	
29	CC 50936577	GUTIERREZ PASTRANA SILVIA ELENA	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	ESSC07	230201	14-25	CCF24	
30	CC 52955294	VELANDIA GONZALEZ ROSA YOLANDA	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS002	230301	14-25	CCF24	
31	CC 6888959	PETRO MARTINEZ EZEQUIEL ANTONIO	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS037	25-14	14-25	CCF24	
32	CC 79820989	ALEJO NIÑO HECTOR JULIO	1	0			Si	001	11															27	27	27	27	EPS037	25-14	14-25	CCF24	
33	CC 79820989	ALEJO NIÑO HECTOR JULIO	1	0			Si	001	11														3	3	3	3	3	EPS037	25-14	14-25	CCF24	
34	CC 80721739	CONTRERAS CACERES DANIEL	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS008	230901	14-25	CCF24	
35	CC 80765917	DAZA DIAZ LUIS CARLOS	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS017	25-14	14-25	CCF24	
36	CC 92447184	ESCUADERO FLOREZ LUIS ENRIQUE	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS008	25-14	14-25	CCF24	
37	CC 93298206	RIVILLAS MONTOYA DAIRÓ RAFAEL	1	0			Si	001	11															30	30	30	30	EPS005	231001	14-25	CCF24	
38	CC 9857460	ACEVEDO TABARES ALCIDES	1	0			Si	001	11							X	X							30	30	30	30	EPS005	25-14	14-25	CCF24	

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
NI	900188894	ADRIAN MAFIOLI Y CIA SAS		CARRERA 15 No. 88-64 OFICINA 808	7045992	7045992	SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		MES	AÑO	MES	AÑO					
U	B	OFICINA	01	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		2	2024	2	2024	Y	15 03 2024	75614722	Si	No

CENTRO DE TRABAJO		Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS					6					NIT EMPRESA CONVENIO								Todos																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
-------------------	--	-------	---------------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900802377-8	Colombia Soluciones Inteligentes SAS		cra 74 num 55-56	3016263832	solucionesinteligentes1@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-02	E	08/03/2024	75446611	70
					TOTAL A PAGAR
					\$2.009.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	179.800	0		0		0	0	0	0	179.800	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	3.500	0		0		0	0	0	0	3.500	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	55.500	0		0		0	0	0	0	55.500	2

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	221.900	0	0	0	0	0	0		221.900	2
231001	Colfondos	800227940-6	608.000	0	0	0	0	0	0		608.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	124.900	0	0	0	0	0	0		124.900	2

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	264.600				264.600	0	0	264.600			2.646	264.600	7

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF22	Cotsubsidio					860007336-1	290.800	0
								Valor Mora Aporte
								Total a Pagar
								No. Afiliados
								7

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900802377-8	Colombia Soluciones Inteligentes SAS		cra 74 num 55-56	3016263832	solucionesinteligentes1@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7 0
					TOTAL A PAGAR
2024-03	2024-02	E	08/03/2024	75446611	\$2.009.000

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	290.800	290.800
Pensión	4	1.162.800	1.162.800
Riesgos Laborales	1	264.600	264.600
CCF	1	290.800	290.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	2.009.000	2.009.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900802377-8	Colombia Soluciones Inteligentes SAS		cra 74 num 55-56	3016263832	solucionesinteligentes1@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-02	E	08/03/2024	75446611	\$2.009.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subleigo	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1001270613	TOLEDO PEREZ JHON ANDERSON	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	1033721247	CALDERON CORDOBA JEISON ALEXANDER	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	18009304	RODRIGUEZ ACOSTA MIGUEL ROLANDO	1	0			S																	231001	2.500.000	400.000	0	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	3	60.900	CCF22	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
4	CC	33750878	PARRA GIL YUDY LORENA	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
5	CC	63526037	HERNANDEZ MARTINEZ LEIDY JOHANNA	1	0			S	X																25-14	693.334	111.000	0	0	0	0	0	EPS005	693.334	27.800	14-11	693.334	1	3.700	CCF22	693.334	27.800	0	0	0	0	0
6	CC	79218693	FERNANDEZ ESPITIA ANDRES FERNANDO	1	0			S	X																230301	86.667	13.900	0	0	0	0	0	EPS010	86.667	3.500	14-11	86.667	5	6.100	CCF22	86.667	3.500	0	0	0	0	0
7	CC	79516630	CORREDOR LEGUIZAMON OMAR HERNANDO	1	0			S	X																25-14	86.667	13.900	0	0	0	0	0	EPS017	86.667	3.500	14-11	86.667	5	6.100	CCF22	86.667	3.500	0	0	0	0	0

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 4

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900282067-7	WALGO SAS		CLL 78 68H 45	3136765968	walgosas@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					36 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-02	2024-01	E	26/02/2024	74851441	\$16.329.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	228.000	0		0		0	11	2.300	0	230.300	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	489.000	0		0		0	11	4.900	0	493.900	8
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	417.100	0		0		0	11	4.200	0	421.300	7
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	756.700	0		0		0	11	7.500	0	764.200	11
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	196.200	0		0		0	11	2.000	0	198.200	5
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	5.200	0		0		0	11	100	0	5.300	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.123.400	0	0	0	0	11	21.100	0	2.144.500	11	
230301	Porvenir	800224808-8	4.203.000	0	0	37.500	37.500	11	41.700	800	4.320.500	17	
231001	Colfondos	800227940-6	1.530.700	0	0	0	0	11	15.200	0	1.545.900	4	
25-14	Colpensiones	900336004-7	496.000	0	0	0	0	11	5.000	0	501.000	3	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.572.100				3.572.100	11	35.400	3.607.500			35.721	3.607.500	36

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	2.054.800	11	20.400	2.075.200	33
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	20.900	11	300	21.200	3

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900282067-7	WALGO SAS		CLL 78 68H 45	3136765968	walgosas@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				36
2024-02	2024-01	E	26/02/2024	74851441	0
					TOTAL A PAGAR
					\$16.329.000

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	2.092.200	2.113.200
Pensión	4	8.428.100	8.511.900
Riesgos Laborales	1	3.572.100	3.607.500
CCF	2	2.075.700	2.096.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	13	16.168.100	16.329.000

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900282067-7	WALGO SAS		CLL 78 68H 45	3136765968	walgosas@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				36
					0
					TOTAL A PAGAR
2024-02	2024-01	E	26/02/2024	74851441	\$16.329.000

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				36	0
		TOTAL A PAGAR				
2024-02	2024-01	E	26/02/2024	74851441	\$16.329.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Tránsito	Excepciones	Ocultar salario	Educación	MED	RCT	TCE	TTP	TUP	VOP	NM	MA	LGA	VAC	ANP	YCT	IB	CONSEJO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1006239180	HENAO ESPINOSA DARWIN FELIPE	1	0		S	X															230301	650.000	104.000	0	0	0	0	EPS008	650.000	26.000	14-11	650.000	5	45.300	CCF22	650.000	26.000	0	0	0	0	0
2	CC	1007210785	MENDOZA CHIQUILLO JOEL ENRIQUE	1	0		S	X															230301	823.334	131.800	0	0	0	0	EPS017	823.334	33.000	14-11	823.334	5	57.400	CCF22	823.334	33.000	0	0	0	0	0
3	CC	1007789689	LOAIZA YARA CRISTIAN ARLEY	1	0		S	X															230201	390.000	62.400	0	0	0	0	EPS037	390.000	15.600	14-11	390.000	5	27.200	CCF22	390.000	15.600	0	0	0	0	0
4	CC	1012330982	TELLEZ OSPINA JOSE GIOVANY	1	0		S	X															230201	1.126.667	180.300	0	0	0	0	EPS037	1.126.667	45.100	14-11	1.126.667	5	78.500	CCF22	1.126.667	45.100	0	0	0	0	0
5	CC	1012437206	ENCISO MALDONADO ANDRES CAMILO	1	0		S	X															230201	1.416.667	226.700	0	0	0	0	EPS017	1.416.667	56.700	14-11	1.416.667	5	98.700	CCF22	1.416.667	56.700	0	0	0	0	0
6	CC	1016042184	HERRERA RODRIGUEZ JIDERSON BRAYAN	1	0		S	X															231001	1.166.667	186.700	0	0	0	0	EPS005	1.166.667	46.700	14-11	1.166.667	5	81.300	CCF22	1.166.667	46.700	0	0	0	0	0
7	CC	1019052318	SANABRIA RODRIGUEZ HENRY ORLANDO	1	0		S																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF22	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
8	CC	1022378510	RINCON TORRES DAVID FABRICIO	1	0		S	X															230301	700.000	112.000	0	0	0	0	EPS017	700.000	28.000	14-11	700.000	5	48.800	CCF22	700.000	28.000	0	0	0	0	0
9	CC	1023016023	QUEVEDO VARGAS JHON JAIRO	1	0		S					X											230301	2.100.000	336.000	0	0	0	0	EPS037	2.100.000	84.000	14-11	2.100.000	5	146.200	CCF22	2.100.000	84.000	0	0	0	0	0
10	CC	1026271978	NIÑO RUSINQUE HAROLD MIKE	1	0		S	X	X														230301	173.334	27.800	0	0	0	0	EPS008	173.334	7.000	14-11	173.334	5	12.100	CCF22	173.334	7.000	0	0	0	0	0
11	CC	1030678111	ESTRADA MONTERROSA KEVIN	1	0		S	X															230301	606.667	97.100	0	0	0	0	EPS017	606.667	24.300	14-11	606.667	5	42.300	CCF22	606.667	24.300	0	0	0	0	0
12	CC	1059910537	VELASCO MINA ENAR SAMIR	1	0		S	X	X														230301	130.000	20.800	0	0	0	0	ESSC62	130.000	5.200	14-11	130.000	5	9.100	CCF56	130.000	5.200	0	0	0	0	0
13	CC	1063175154	MORELO ORTEGA SANTY ANTONIO	1	0		S	X															230201	86.667	13.900	0	0	0	0	EPS017	86.667	3.500	14-11	86.667	5	6.100	CCF22	86.667	3.500	0	0	0	0	0
14	CC	1069306261	BELTRAN VERGARA LEIDER ALONSO	1	0		S	X															230301	900.000	144.000	0	0	0	0	EPS005	900.000	36.000	14-11	900.000	5	62.700	CCF22	900.000	36.000	0	0	0	0	0
15	CC	1070816323	MORELO PENATA TONY DUVIAN	1	0		S					X											231001	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS002	1.700.000	68.000	14-11	1.700.000	5	118.400	CCF22	1.700.000	68.000	0	0	0	0	0
16	CC	1071304073	ORTIZ TACHA JOSE ARNULFO	1	0		S					X											230301	1.900.000	304.000	0	0	0	0	EPS017	1.900.000	76.000	14-11	1.900.000	5	132.300	CCF22	1.900.000	76.000	0	0	0	0	0
17	CC	10952744	JIMENEZ BALLESTA LUIS GABRIEL	1	0		S						X										230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF22	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
18	CC	1130945898	IBARRA IBARRA CRISTIAN DAVID	1	0		S	X	X														230301	303.334	48.600	0	0	0	0	EPS005	303.334	12.200	14-11	303.334	5	21.200	CCF56	303.334	12.200	0	0	0	0	0
19	CC	16353462	VIAFARA SOLIS VICENTE	1	3		S	X	X														230301	0	0	0	0	0	0	EPS037	86.667	3.500	14-11	86.667	5	6.100	CCF56	86.667	3.500	0	0	0	0	0
20	CC	18394357	GOMEZ RICARDO	1	0		S					X											230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF22	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
21	CC	19774483	MENDOZA DURAN OSCAR ALBERTO	1	0		S	X															230201	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS037	1.200.000	48.000	14-11	1.200.000	5	83.600	CCF22	1.200.000	48.000	0	0	0	0	0
22	PT	4810299	LUGO ARTEAGA JESUS DANIEL	1	0		S						X										230301	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS005	1.700.000	68.000	14-11	1.700.000	5	118.400	CCF22	1.700.000	68.000	0	0	0	0	0
23	CC	52097805	ZURITA ZAPATA AUDRIT IVONNE	1	0		S											X					230301	586.667	93.900	0	0	0	0	EPS008	586.667	23.500	14-11	586.667	5	0	CCF22	586.667	23.500	0	0	0	0	0
24	CC	52097805	ZURITA ZAPATA AUDRIT IVONNE	1	0		S					X											230301	1.013.334	162.200	0	0	0	0	EPS008	1.013.334	40.600	14-11	1.013.334	5	70.600	CCF22	1.013.334	40.600	0	0	0	0	0
25	PT	7158861	CEBALLOS PADILLA MIGUEL JORDANO	1	0		S	X															230201	650.000	104.000	0	0	0	0	EPS002	650.000	26.000	14-11	650.000	5	45.300	CCF22	650.000	26.000	0	0	0	0	0
26	CC	78739184	TOVIO ANGULO MARCO ASCANIO	1	0		S																231001	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF22	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
27	CC	79180328	GOMEZ ESPITIA LUIS FERNANDO	1	0		S																230201	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS002	2.700.000	108.000	14-11	2.700.000	5	188.000	CCF22	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0
28	CC	79189418	CARDONA ALDANA FREDDY ANTONIO	1	0		S																230301	7.500.000	1.200.000	0	0	37.500	37.500	EPS017	7.500.000	300.000	14-11	7.500.000	5	522.000	CCF22	7.500.000	300.000	0	0	0	0	0
29	CC	79370037	HERRERA ROMERO JOSE WILLIAM	1	0		S	X															25-14	650.000	104.000	0	0	0	0	EPS008	650.000	26.000	14-11	650.000	5	45.300	CCF22	650.000	26.000	0	0	0	0	0
30	CC	79563953	GONZALEZ BARRANTES JORGE HELI	1	0		S	X															230301	910.000	145.600	0	0	0	0	EPS017	910.000	36.400	14-11	910.000	5	63.400	CCF22	910.000	36.400	0	0	0	0	0
31	CC	79848775	CARDONA ALDANA FRANKY ALEXANDER	1	0		S					X											231001	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS008	4.200.000	168.000	14-11	4.200.000	5	292.400	CCF22	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0
32	CC	80058495	ROBAYO ROMERO URIEL GIOVANNI	1	0		S					X											230301	3.300.000	528.000	0	0	0	0	EPS005	3.300.000	132.000	14-11	3.300.000	5	229.700	CCF22	3.300.000	132.000	0	0	0	0	0
33	CC	80188546	FIGUEROA RODRIGUEZ ANDRES FERNANDO	1	0		S																230201	1.458.334	233.400	0	0	0	0	EPS005	1.458.334	58.400	14-11	1.458.334	5	101.600	CCF22	1.458.334	58.400	0	0	0	0	0
34	CC	80188546	FIGUEROA RODRIGUEZ ANDRES FERNANDO	1	0		S										X						230201	175.000	28.000	0	0	0	0	EPS005	175.000	7.000	14-11	175.000	5	0	CCF22	175.000	0	0	0	0	0	0
35	CC	80188546	FIGUEROA RODRIGUEZ ANDRES FERNANDO	1	0		S										X						230201	116.667	18.700	0	0	0	0	EPS005	116.667	4.700	14-11	116.667	5	0	CCF22	116.667	0	0	0	0	0	0
36	CC	80253943	PAREJA REINOSO HILMER	1	0		S	X															230201	650.000	104.000	0	0	0	0	EPS008	650.000	26.000	14-11	650.000	5	45.300	CCF22	650.000	26.000	0	0	0	0	0
37	CC	80272220	ROJAS REDONDO CARLOS JULIO	1	0		S	X															25-14	650.000	104.000	0	0	0	0	EPS002	650.000	26.000	14-11	650.000	5	45.300	CCF22	650.000	26.000	0	0	0	0	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35253952	CLAUDIA YANETH SIERRA		CALLE 164 # 16A 14	3194329594	jysumapazlhc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-02	E	15/03/2024	75107274	6
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$2.400.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	117.000	0		0		0	2	300	0	117.300	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	58.500	0		0		0	2	200	0	58.700	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	241.300	0		0		0	2	500	0	241.800	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	58.500	0		0		0	2	200	0	58.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	702.000	0	0	0	0	2	1.300	0	703.300	3
230301	Porvenir	800224808-8	234.000	0	0	0	0	2	500	0	234.500	1
231001	Colfondos	800227940-6	234.000	0	0	0	0	2	500	0	234.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	234.000	0	0	0	0	2	500	0	234.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	91.800				91.800	2	200	92.000			918	92.000	6

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	351.000	2	700	351.700	6

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35253952	CLAUDIA YANETH SIERRA		CALLE 164 # 16A 14	3194329594	jysumapazlhc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
29.300	2	100	29.400	1
ICBF				
43.900	2	100	44.000	1
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					6 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-03	2024-02	E	15/03/2024	75107274	\$2.400.400

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	475.300	476.500
Pensión	4	1.404.000	1.406.800
Riesgos Laborales	1	91.800	92.000
CCF	1	351.000	351.700
ESAP	0	0	0
ICBF	1	43.900	44.000
MEN	0	0	0
SENA	1	29.300	29.400
TOTALES	12	2.395.300	2.400.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35253952	CLAUDIA YANETH SIERRA		CALLE 164 # 16A 14	3194329594	jyjsmapazlhc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-02	E	15/03/2024	75107274	\$2.400.400

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1067961513	ARGUEDO AYAZO CARLOS ANDRES	1	0			S																	230201	1.462.000	234.000	0	0	0	0	0	EPS002	1.462.000	58.500	14-23	1.462.000	2	15.300	CCF22	1.462.000	58.500	0	0	0	0	0
2	CC	11258141	CLAVIJO LUIS HERNAN	1	0			S																	231001	1.462.000	234.000	0	0	0	0	0	EPS010	1.462.000	58.500	14-23	1.462.000	2	15.300	CCF22	1.462.000	58.500	0	0	0	0	0
3	PT	5633040	COELLO DIAZ ANDERSON GREGORIO	1	0			S																	230201	1.462.000	234.000	0	0	0	0	0	EPS008	1.462.000	58.500	14-23	1.462.000	2	15.300	CCF22	1.462.000	58.500	0	0	0	0	0
4	CC	80144487	SANCHEZ MARCO ANIBAL	1	0			S																	230301	1.462.000	234.000	0	0	0	0	0	EPS005	1.462.000	58.500	14-23	1.462.000	2	15.300	CCF22	1.462.000	58.500	0	0	0	0	0
5	CC	80386308	BARRETO NIETO FERMINSON	1	0			N																	230201	1.462.000	234.000	0	0	0	0	0	EPS008	1.462.000	182.800	14-23	1.462.000	2	15.300	CCF22	1.462.000	58.500	1.462.000	29.300	43.900	0	0
6	CC	80729008	BARRETO NIETO BLADISIR	1	0			S																	25-14	1.462.000	234.000	0	0	0	0	0	EPS002	1.462.000	58.500	14-23	1.462.000	2	15.300	CCF22	1.462.000	58.500	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39696925	LUZ STELLA RODRIGUEZ PORRAS		calle 4 # 37 b 21 int 1 apto 301	4618521	stella.luz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-03	I	19/03/2024	75676799	1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$162.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	162.500	162.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39696925	LUZ STELLA RODRIGUEZ PORRAS		calle 4 # 37 b 21 int 1 apto 301	4618521	stella.luz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-03	I	19/03/2024	75676799	\$162.500
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Colom exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	39696925	RODRIGUEZ PORRAS LUZ STELLA	3	2		N																			0	0	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS

DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICADO DE DEVENGADOS Y DEDUCIDOS

Que la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, reconoció como **CAUSANTE** de una prestación de **VEJEZ** a **LUZ STELLA RODRIGUEZ PORRAS** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **No. 39696925**.

Por tal Concepto durante el período: **2024-02** a **2024-02** le fueron girados los siguientes valores:

DEVENGADOS		DEDUCIDOS	
VALOR PENSION	\$ 2,038,905.00	AFILIACION COMPENSAR	\$ 12,300.00
		TERCERO BANCO CAJA SOCIAL	\$ 431,350.00
		SALUD SANITAS	\$ 203,900.00
TOTAL DEVENGADOS	\$ 2,038,905.00	TOTAL DEDUCIDOS	\$ 647,550.00
		NETO GIRADO	\$ 1,391,355.00

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C, Bogotá el día 18 de marzo de 2024.

Atentamente:



DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

ANEXO No. 05 CAPACITACIONES Y EVALUACIONES

	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Código: FT-CAIN-012
		Fecha: 26/12/2017
		Versión: 001-2017 NIT: 901101033-5

TIPO DE ACTIVIDAD (Marque con una X en el cuadro correspondiente)				
Inducción	Inducción obra	Capacitación	☒ Reinducción	Otros: (¿Cuáles?)

TEMA: copasst y comite de convivencia laboral	FACILITADOR: Interno ☒ Externo ☐
---	---

NOMBRE DEL INSTRUCTOR: David Higuera	FIRMA: David Higuera
--------------------------------------	----------------------

OBJETIVO DE LA CAPACITACION: Dar a conocer a todos nuestros colaboradores la importancia del copasst y el Cocal en la organización.

CONTENIDO:

Definiciones	Gestión	Video
Funciones	Incumplimiento	Conclusiones

Fecha: (Realización) 24/03/2024	Lugar: (Realización) Museo Nacional	Hora Inicio: 11:00 pm	Hora Finalización: 12:00 am	Duración: 1 hora
------------------------------------	--	--------------------------	--------------------------------	---------------------

METODO DE EVALUACION				
NA ☐	Comportamiento ☐	Evaluación ☒	Difusión ☐	Otro ☐

PERSONAS ASISTENTES				
	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	David Higuera	1002433908	Tecnico	David Higuera
2	Duvan Bedoya	1006131163	Auxiliar	Yalder
3	Luis Gomez	1020323705	TECNICO	LUIS
4	Octavio Mesa	4266409	aux	Octavio
5	Tomas Simanca	1030693321	Auxiliar T.	Tomas
6	Juan Higuera	1000350684	TECNICO	Juan
7	Pablo Higuera	99454651	Tecnico Ele	Pablo
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y OTRAS ACTIVIDADES

TEMA DE CAPACITACIÓN:

Comité de Comp-
vencia Laboral

FECHA:

03/2024

TIEMPO DE CAPACITACIÓN

1 hora

NOMBRE CAPACITADOR:

Gusella Navarra

OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN

objetivo, confirmación, funciones

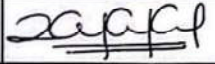
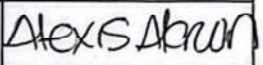
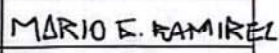
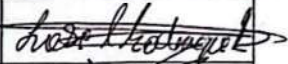
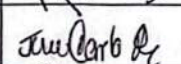
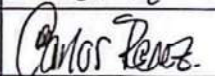
[illegible]

OBSERVACIONES

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO PARA EL REGISTRO DE ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN Y ACTIVIDADES	VERSIÓN: 03
		EDICIÓN: 18- MAR-20

Tema de la actividad	PREVENSION DEL RIESGO FISICO CAPACITACION DE COPASST			
Nombre capacitador:	ING. GUISELLA NAVARRETE			
Fecha:	16-03-2024	Lugar:	OFICINA BOGOTÁ D.C.	Duradón: 1 HORA

La firma indica que cada participante confirma que durante el curso y/o conferencia se dictaron los temas descritos en esta hoja.

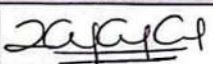
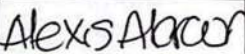
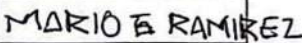
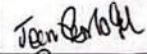
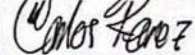
N°	Nombre	Identificación	Cargo	Empresa	Firma
1	RAUL GREGORIO RIAÑO CEPEDA	79988897	REPRESENTANTE LEGAL	DINPROING LTDA	
2	ALEXIS ALEJANDRO ALARCON ALARCON	11448105	LIDER DE OBRAS CIVILES	DINPROING LTDA	
3	MARIO RAMIREZ	1033697	RESIDENTE	DINPROING LTDA	
4	JOSE ARMANDO RODRIGUEZ DUQUE	79283202	OFICIAL	DINPROING LTDA	
5	MARTHA L ESPINOSA ESTUPIÑAN	1019085433	HSEQ	DINPROING LTDA	
6	JHEAN CARLO MENDOZA RIBON	1051658478	OFICIAL	DINPROING LTDA	
7	CARLOS ALONSO PEREZ SANCHEZ	79159033	OFICIAL	DINPROING LTDA	

FIRMA CAPACITADOR	Guissela Navarrete
OBSERVACIONES	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FORMATO PARA EL REGISTRO DE ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN Y ACTIVIDADES		VERSIÓN: 03
			EDICIÓN: 18- MAR-20

Tema de la actividad	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL MANTENIMIENTO REPOSICIÓN Y USO				
Nombre capacitador:	ING. GUISELLA NAVARRETE				
Fecha:	16-03-2024	Lugar:	OFICINA BOGOTÁ D.C.	Duración:	1 HORA

La firma indica que cada participante confirma que durante el curso y/o conferencia se dictaron los temas descritos en esta hoja.

N°	Nombre	Identificación	Cargo	Empresa	Firma
1	RAUL GREGORIO RIAÑO CEPEDA	79988897	REPRESENTANTE LEGAL	DINPROING LTDA	
2	ALEXIS ALEJANDRO ALARCON ALARCON	11448105	LIDER DE OBRAS CIVILES	DINPROING LTDA	
3	MARIO RAMIREZ	1033697	RESIDENTE	DINPROING LTDA	
4	JOSE ARMANDO RODRIGUEZ DUQUE	79283202	OFICIAL	DINPROING LTDA	
5	MARTHA L ESPINOSA ESTUPIÑAN	1019085433	HSEQ	DINPROING LTDA	
6	JHEAN CARLO MENDOZA RIBON	1051658478	OFICIAL	DINPROING LTDA	
7	CARLOS ALONSO PEREZ SANCHEZ	79159033	OFICIAL	DINPROING LTDA	

FIRMA CAPACITADOR	Guisella Navarrete.
OBSERVACIONES	

 ELECTRONIKA <small>SOLUCIONES EN SEGURIDAD Y SALUD</small>	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST		CODIG: FT-INC-012
			VERSION No 02
	REGISTRO DE INDUCCION Y CAPACITACION		EMISION: 05-05-2020
			PAGINA 1 de 1

TIPO DE ACTIVIDAD (Marque con una X en el cuadro correspondiente)				
Inducción	Inducción obra	Capacitación	X Reinducción	Otros: (¿Cuáles?)

TEMA:	COPASST	FACILITADOR:	Interno Externo ☒
-------	---------	--------------	---

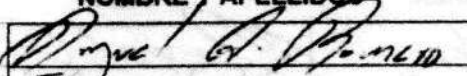
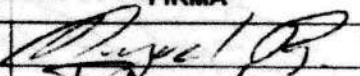
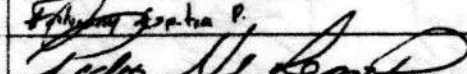
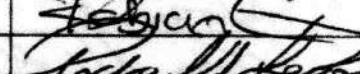
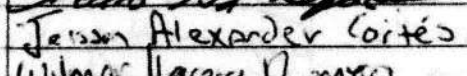
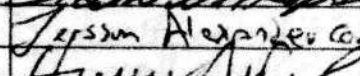
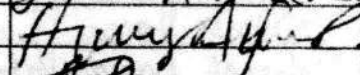
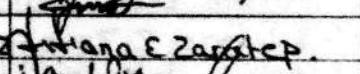
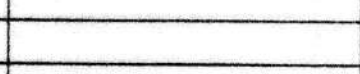
NOMBRE DEL INSTRUCTOR:	Daniel Jiménez	FIRMA:	
------------------------	----------------	--------	--

OBJETIVO DE LA CAPACITACION:	Socializar las funciones, objetivos y miembros principales del COPASST
------------------------------	--

CONTENIDO:	Presentación de material, y evaluación de conocimientos
------------	---

Fecha: (Realización)	Lugar: (Realización)	Hora Inicio:	Hora Finalización:	Duración:
29-02-2024	MA ELECTRONIKA	8:20 am	8:50 am	30 Minutos

METODO DE EVALUACION				
NA ☐	Comportamiento ☐	Evaluación ☒	Difusión ☐	Otro ☐

PERSONAS ASISTENTES				
	NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	AREA	FIRMA
1		79797320	Taller	
2		103136462	Comercial	
3		79606380	Taller	
4	Jerson Alexander Cortés	7015396244	Desarrollo	Jerson Alexander Cortés
5	Wilmer Hareza Nombro	102475421	Diogeno	
6	Joseph David Valenzuela	1000620538	Desarrollo	
7	Juliana E. Zarate Peña	52562301	Servicios Generales	Juliana E. Zarate Peña
8	Valery Patricia Alan	52389062	Comercial	
9	José A. Nieto P.	1110492419	TECNO	
10	Darío Ramos	1012390240	Desarrollo	
11	Daniel Jiménez	7030667960	Administración	
12				
13				
14				
15				
16				
17				

	FORMAS METALICAS MERCHAN S.A.S.	REVISIÓN: 00
		VERSIÓN: 01
	ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	INICIO DE VIGENCIA: 17/11/2017

ASISTENCIA A CAPACITACIONES					
DICTADO POR:	MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO	CARGO:	PROFESIONAL SST	DURACIÓN:	1 HORA
FECHA HORARIO:	18/03/2024 12:30 am -1:30 pm	TEMA / DOCUMENTO A SOCIALIZAR		COPASST Y COMITÉ DE COVIVENCIA LABORAL	

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	N° IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Carlos Daniel Cortes	CC	100045630	Auxiliar	Carlos C.
2	Ender Berdugo	CC	1126418346	Soldador	Ender B.
3	Edwin Yamid Lopez	CC	80920058	Auxiliar	Edwin Y.
4	Jackson Anisueli	PPT	4149817	Soldador	Jackson
5	Samuel Sanchez	CC	79669805	Soldador	Samuel
6	JOHN JOSE SANCHEZ DIAZ	CC	79842889	Soldador	John J.
7	Fredy Inocencio Norbin Silva	CC	79842252	Gerente	Fredy
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
0					

Los arriba firmantes certificamos que hemos recibido capacitación en **COPASST Y COMITÉ DE COVIVENCIA LABORAL**, declaramos haber entendido el tema, resuelto dudas.



TEMA:

PREVENTION OF RIES60

FECHA:

7 DE MARZO 24.

INSTRUCTOR:

Artha Lampila

INTENSIDAD HORARIA

FIRMA

Franklin Pierce

Descripción de la metodología utilizada para verificar la eficacia de la formación:

evaluación

¿Capacitación eficaz?

五

N

REGISTRO ASISTENCIA A CAPACITACIONES

CÓDIGO

8

VERSIÓN

3

FECHA DE APROBACIÓN

5/03/2018

Fecha: 12- Marzo - 2024
Hora: 7:30 am
Lugar: Oficina Polo Transmilenio
Reunion: Inducción/re induccion Capacitacion Charla
Tema: Trabajos en caliente
Temario: Normatividad procedimiento de trabajo seguro elementos de protección personal.

	NOMBRE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Prof. Eduardo Zamudio Gaman	1018503136	Inspector	AMYCIA	
2	Santiago Aguileto W	1018470911	Inspector	AMYCIA	
3	Ana Maria Cordero	102431091	Inspector	AMYCIA	
4	Guil. Carlos Daza	80765917	Inspector	AMYCIA	
5	Gustavo Gutierrez R.	1001485846	Todero	AMYCIA	
6	Alcides Acruedo T	9'857460	Almuerzo	AMYCIA	
7	Edison Fabian Aldila	103750779	A.Am y Comp.	AMYCIA	
8	Ana Maria Cordero	102431091	Inspector	AMYCIA	
9	Flavia Torres	52400510	Inspección	AMYCIA	
10	Rosa Uelandia G	52455291	Aux. fact.	AMYCIA	
11	Gary Saez Mafior	10774613	Anal. Fact.	AMYCIA	
12	Sara D. Nino Zarate	1116615316	Inspector	AMSCIA	
13	Steven Perdomo Ojeda	1000833086	Inspector	AMYCIA	
14	Nestor Hugo Moya	1073237834	IA Amasur	AMYCIA	
15	John Alexander Escobar	1023873133	Ing. Red. E.	AMYCIA	
16	Indira Castellanos	1127574400	Residente	AMYCIA	
17	Zamora Guerrero Usuga	1038809017	Residente	AMYCIA	
18	Yuris esauduro	92444184	Todero	AMYCIA	
19	Cristian Nunez Mendez	1033723286	TEC ASCENSOR	AMYCIA	
20	Dairo Rivillas	93098206	tec. Ascensor	AMYCIA	
21	Andres Rivillas	1030598805	Aux. Tec. Ascensor	AMYCIA	
22	Luz Stella Rodriguez	39646425	SSI	AMYCIA	
23	Edwene Pottarquez Quintero	51646375	Prof. Herra	AMSCIA	
24	Jeysson Becerra	4151977	Residente	AMYCIA	
25	Yuan Carlo reulo	1012935666	Inspección	AMYCIA	
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					

NOMBRE LIDER DE LA REUNION: Eduardo Ruiz

FIRMA:

OBSERVACIONES

REGISTRO ASISTENCIA A CAPACITACIONES

CÓDIGO 8
VERSIÓN 3
FECHA DE APROBACIÓN 5/03/2018

Fecha: Mayo 6/2024 Lugar: EL polo
Hora: 7:30 a.m. Total Horas: 8:40
Reunion: induccion/re induccion Capacitacion X Charla
Tema: COPASST
Temario: Responsabilidades, Conformacion,

NOMBRE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1. Luis Cordero	12112124	Tobog	AM&CIA	Luis Cordero
2. Hector Julio Alvarado	74920989	Oficial	AM&CIA	Hector
3. Ezequiel Peto M	6888919	Conductor	América	Ezequiel
4. Luz Stella Rodriguez	39696925	SST	AM&CIA	Luz Stella
5. David Alvarado Perez	10130702	Am&CIA	CSR AM&CIA	David
6. JUANDETE CORTES OLIVERA	51646376	PROYECTO	AM&CIA	JUANDETE
7. John Alexander Escobar	102387333	Ing. Reduc	Am&CIA	John Alexander
8. Scarlet Johanna Vegas	100702921	Coord. Trabaja	Am&CIA	Scarlet
9. Edison Fabian Arzila	105250274	ASIST. COMPA	AM&CIA	Edison
10. Jeysson Berceña	4151977	Residente	Am&CIA	Jeysson
11. Indira Castellanos	11279440	Residente	Am&CIA	Indira
12. Gustavo Guillen R	1007485896	todero	AM&CIA	Gustavo
13. Edward Peña	103242554	Residente SST	Am&CIA	Edward
14. Tsmuel Guillen	1065830988	todero	AM&CIA	Tsmuel
15. Nestor Hugo Mora	107372834	Ing. Ambiental	Am&CIA	Nestor
16. John Alexander Paez	1014221736	Conductor	Am&CIA	John Alexander
17. Flavia Torres	52400530	Residente	Am&CIA	Flavia
18. Gabriel Silva	80436703	Inspector	AM&CIA S.R.	Gabriel
19. Alvaro Acevedo Tabares	985746	Almacén	AM&CIA	Alvaro
20. Gary Alain Saez	10774613	Anal. Factor	AM&CIA	Gary
21. Andres Builes Rincon	1030598705	Trabajadores	AM&CIA	Andres
22. Angel Martinez	104820618	Inspector	CSR AM&CIA	Angel
23. Wilson Giron Jimenez	80713244	Residente	CSR Am&CIA	Wilson
24. Luis Carlos Daza	8076917	Inspector	AM&CIA	Luis Carlos
25. ANDRES GONZALEZ	1073682246	Electricista	AM&CIA	Andres
26. Ana Maria Gordero Sanchez	102131011	Inspector	Am&CIA	Ana Maria
27. Yeiner Morelo Gomez	102656047	todero	AM&CIA	Yeiner
28. Raul Eduardo Zamudio	10850386	Inspector	AM&CIA	Raul
29. John Steven Gordero	100083086	Inspector	AM&CIA	John Steven
30. Santiago Agudelo	1018470911	Inspector	AM&CIA	Santiago
31. Sara Daniela Nino Zate	110615316	Inspector	AM&CIA	Sara Daniela
32. Tamara Estrella Usuga	10388907	Residente	AM&CIA	Tamara

NOMBRE LIDER DE LA REUNION: Edward Peña

FIRMA:

OBSERVACIONES

**INSTALACIONES SAS**

Tipo de documento: Formato

SST-R-12

VERSION 1

FECHA:
08/03/2024

REGISTRO DE CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA

FACILITADOR: Cristian Camargo Paz

FIRMA:

TEMA: COPASST Y CONVIVENCIA.

DURACION:

15 minutos.

FECHA:

13/03/2024

TIPO :

CHARLA :

INDUCCIÓN:

CAPACITACIÓN:

OTROS

NOMBRE Y APELLIDO

CEDULA

CARGO

FIRMA

Travel agency T

1091653605

friend

Geshon Camacho Ruiz.

1093782256

100-14000000

Tosca Gonzalo Aguilar C.

1026573 119

Ayudante.

Juliana Lemus Ortiz

1019031439

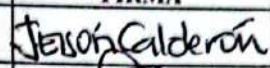
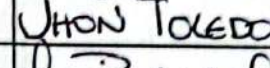
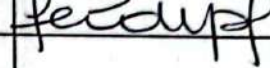
Administrative

OBSERVACIONES GENERALES: Temos tratador: detectar y evaluar los riesgos de Accidentes y Enfermedades profesionales
- Reforzar la comunicación entre los trabajadores.

 SOLUCIONES INTELIGENTES	LISTADO DE ASISTENCIA		CÓDIGO	FR-SG-SST-06
			VERSIÓN	01
			FECHA	DIC/2018
			PÁGINA	1 de 1

FECHA: 12/03/2024	HORA: 7:00 pm	LUGAR: Video llamada
TEMA: coppas y comite de convivencia		
RESPONSABLE: RONALD PORTELA		FIRMA 

PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA	EMPRESA	FIRMA
1. JEISON CALDERON	TECNICO	1033721247	SOLUCIONES INTELIGENTES	
2. MIGUEL RODRIGUEZ	INGENIERO	18009304	SOLUCIONES INTELIGENTES	
3. JHON TOLEDO	AUX. TECNICO	1001270613	SOLUCIONES INTELIGENTES	
4. LEIDY HERNANDEZ	ADMINISTRATIV	63526037	SOLUCIONES INTELIGENTES	
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				


SOLUCIONES INTELIGENTES
 Nit 900.802.377-8

**ANEXO No. 06 CONSOLIDADO DE
ACCIDENTALIDAD**

PERIODO	N° TRABAJADORES	HHT	ACCIDENTALIDAD		IF INDICE FRECUENCIA	IS INDICE SEVERIDAD	IDP INDICE DIAS PERDIDOS	ILI INDICE LESIONES INCAPACITANTES	TASA N° AT/N° trabajadores
			N° AT	DIAS PERDIDOS					
18 de enero al 18 de febrero de 2024	61	13725	0	0	0,00	0,00	0	0	0
18 de febrero al 17 de marzo de 2024	99	22275	0	0	0,00	0,00	0	0	0
PROMEDIO	160	18000	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	160	36000							

Medellín, 16 de marzo de 2024

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

HACE CONSTAR

Que la empresa AH3 SAS, NIT N901101033, no presenta accidentes de trabajo desde el 18 de febrero de 2024 hasta el 16 de marzo de 2024.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

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

Atentamente,



Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.59.2.140, 192.230.104.5, 172.16.42.57.

Medellín, 12 de marzo de 2024

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

HACE CONSTAR

Que la empresa BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE INGENIERIA SAS, NIT N900784130, no presenta accidentes de trabajo desde el 18 de febrero de 2024 hasta el 12 de marzo de 2024.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

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

Atentamente,



Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.52.35.14, 192.230.104.9, 172.16.42.57.

Medellín, 18 de Marzo de 2024

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

HACE CONSTAR

Que la empresa DINPROING LTDA, NIT N822005946, no presenta accidentes de trabajo desde el 19 de Febrero de 2024, hasta el 18 de Marzo de 2024.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

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

Atentamente,



Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.58.220.221, 192.230.94.1, 172.16.42.57.



CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTES

Nos permitimos certificar que la empresa MA ELECTRONIKA SAS identificada con NIT 900011339 y número de afiliación 9000709 no reportó ningún accidente de trabajo durante el periodo de radicación comprendido entre el 18/02/24 y el 17/03/2024 a la ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES AXA COLPATRIA.

Documento generado a través de la página de internet www.axacolpatria.co a los 14 días del mes de marzo del 2024 a las 11:17:15.

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Medellín, 19 de marzo de 2024

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

HACE CONSTAR

Que la empresa FORMAS METALICAS MERCHAN SAS, NIT N901036645, no presenta accidentes de trabajo desde el 18 de febrero de 2024 hasta el 18 de marzo de 2024.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

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

Atentamente,



Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.53.96.80, 192.230.104.1, 172.16.42.57.



CONSULTA AT-EL REPORTADOS

JYJ JARDINERIA

Bienvenido: CLAUDIA YANETH SIERRA--160568

Seleccione el año y mes para realizar la búsqueda

Año Mes

2024 marzo

Buscar

Reportes para el mes marzo (3) del año 2024	
Furat mortal	0
Furat no mortal	0
Furel	0
Total	0

Medellín, 19 de marzo de 2024

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

HACE CONSTAR

Que la empresa MFI INSTALACIONES SAS, NIT N901019662, no presenta accidentes de trabajo desde el 12 de marzo de 2024 hasta el 17 de marzo de 2024.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

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

Atentamente,



Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 186.29.180.110, 192.230.104.9, 172.16.42.57.

Medellín, 15 de marzo de 2024

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

HACE CONSTAR

Que la empresa SOLUCIONES INTELIGENTES, NIT N900802377, no presenta accidentes de trabajo desde el 15 de febrero de 2024 hasta el 15 de marzo de 2024.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

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

Atentamente,



Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.129.233.218, 192.230.104.5, 172.16.42.57.

Medellín, 27 de febrero de 2024

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

HACE CONSTAR

Que la empresa WALGO SAS, NIT N900282067, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de enero de 2024 hasta el 27 de febrero de 2024.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

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

Atentamente,



Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 181.55.46.23, 192.230.86.12, 172.16.42.57.



CERTIFICACIÓN DE ACCIDENTALIDAD

Colmena Seguros se permite certificar que la empresa relacionada a continuación no reportó accidentes de trabajo durante el período comprendido entre el 18/02/2024 y el 17/03/2024 a esta administradora.

RAZÓN SOCIAL:	ADRIAN MAFIOLI Y CIA S.A.S
CC/NIT:	900188894
CONTRATO:	1083562
CIUDAD:	BOGOTA, D.C.
INICIO VIGENCIA:	01/06/2016
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE

La presente se expide a los 20 días del mes de marzo del año 2024.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667, gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio
Colmena Seguros

**ANEXO No. 07 CONSOLIDADO DE
INSPECCIONES**

		CONSOLIDADO DE INSPECCIONES DEL 18 DE FEBRERO AL 17 DE MARZO DE 2024																				
PERFILES/TIPOS DE INSPECCIÓN		ALBERG ELÉCTRICO	ARMERÍAS	BOQUES	COMPUERTAS	DMPS	ESCALERAS	GRUÑAS Y ANEXOS	EXTINTORES	GUARDIAS	ARMADONERÍAS	NOT CORRIENTES	ACESTAS	PROTECTOR EN OBRAS	GRUÑAS Y ANEXOS	PLANTA ELÉCTRICA	PALISADAS	SERVIDORES	TALAMAS	RECALZADORA	VINOSILLOS	TOTAL INSPECCIONES
18 DE FEBRERO AL 17 DE MARZO DE 2024		1	1	5	5	10	8	2	6	2	7	5	1	1	1	1	5	5	6	8	9	88
TOTAL INSPECCIONES DEL PERÍODO		88																				

**ANEXO No. 08 REGISTROS DE
INSPECCIONES**



Marca:	Miller	Serie:	04338	Obra:	Transmilenio	
Inspección:	Juan Velazquez			Cargo:	AUX Pintura	
Hora Desde:	9:00 pm	Hasta:	5:00 am	Semana del:	11-03-2024	
Descripción del trabajo:					al:	19-03-2024

Casco de Seguridad	C	Tapaboca	
Gafas	C	Respirador con filtro	
Tapabocas	C	guantes de camaza	
Guantes de Nitrilo	C	Botas punta de acero	C
ESPECIFICAR OTRO EPP:			
C: Cumple NC: No Cumple N/A: No Aplica			
Arnes			
Impermeable			
Lnea de vida			
Otros			

DESCRIPCIÓN	LUN			MAR			MIÉ			JUE			VIE			SAB			DOM		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Motor eléctrico en buen estado?	X			X			X			X			X			X					
Manguera de succión en buen estado?	X			X			X			X			X			X					
El cable y sus clavijas se encuentran libres de aberturas y cortes?	X			X			X			X			X			X					
La manguera se encuentra en buen estado libre de fugas?	X			X			X			X			X			X					
La pistola contiene guarda boquilla?	X			X			X			X			X			X					
La pistola se encuentra en buen estado?	X			X			X			X			X			X					
El asorte del motor en buen estado?	X			X			X			X			X			X					
La manguera de succión se encuentra limpia y libre de desechos?	X			X			X			X			X			X					
El equipo se encuentra limpio?	X			X			X			X			X			X					
Estado del toma corriente	X			X			X			X			X			X					
Estado de botón de encendido y apagado	X			X			X			X			X			X					
Funcionamiento de la bomba	X			X			X			X			X			X					
Filtro de pistola	X			X			X			X			X			X					
Soporte de agarre	X			X			X			X			X			X					
Limpieza de boquillas	X			X			X			X			X			X					
Se utilizan adecuadamente los EPP para la labor	X			X			X			X			X			X					
Se han instalado barrera o aislamientos apropiados	X			X			X			X			X			X					
Condiciones de orden y aseo	X			X			X			X			X			X					
Observaciones																					



FIRMA TRABAJADOR 1

FIRMA TRABAJADOR 2

FIRMA INSPECTOR SET

Bh312

Bh312

Bh312

Bh312

Bh312

Bh312



FORMATO DE INSPECCIÓN

UBICACIÓN: Museo Nacional

FECHA: 4/03/2024

TERRENO, SOPORTE Y ESTRUCTURA	CUMPLIMIENTO		
	SI	NO	N/A
1. El terreno es firme y estable.	x		
2. Las uniones de las bases regulables están en buen estado.	x		
3. Las tuercas de las bases regulables están en buen estado.	x		
4. La longitud mínima de solape de los tornillos es de 15cm o 25% del largo total del tornillo.	x		
5. Los elementos tubulares están libres de daños o defectos estructurales.	x		
6. Los horizontales y diagonales tienen todas las cuñas.	x		
7. Las plataformas no presentan daños o defectos estructurales.	x		
8. Los ganchos de soporte (garras) de las plataformas no presentan cambio en su forma.	x		
9. Las escaleras no presentan daños o defectos estructurales.	x		
10. Los ganchos de soporte de las escaleras no presentan cambio en su forma.	x		
11. Los rodapiés no presentan daños o defectos estructurales.	x		
12. Las distancias diagonales internas del marco base son iguales.	x		
13. El marco base del andamio esta nivelado.	x		
ARMADO GENERAL	CUMPLIMIENTO		
	SI	NO	N/A
14. Están activados los frenos de las ruedas antes de iniciar labores en el andamio.	x		
15. Todas las cuñas de los elementos horizontales y diagonales están aseguradas.	x		
16. Los seguros de los extremos de las plataformas están activados.	x		
17. La superficie de trabajo se encuentra totalmente cubierta por plataformas.	x		
18. Están instaladas las barandas a 0.50m y 1m en todos los niveles por encima de 1.50m de altura.	x		
19. Están instalados los rodapiés en el(las) área(s) de trabajo.	x		
20. La distancia vertical entre horizontales es máximo 2m.	x		
21. AUTOESTABLE 1: La altura del área de trabajo no supera en 4 veces el lado mas angosto del andamio.	x		
22. AUTOESTABLE 2: La altura del área de trabajo no supera en 3 veces el lado mas angosto del andamio.	x		
23. NO AUTOESTABLE: El andamio esta asegurado o anclado a alguna estructura fija.	x		
24. Tarjeta de señalización vigente.	x		

- Si una o más respuestas son negativas (NO), la condición debe ser corregida antes de autorizar el uso del andamio.
- Esta lista de verificación debe realizarse cada vez que se modifique o se instale un nuevo andamio y permanecer en terreno.
- Todo andamio que no cuente con esta verificación y autorización no puede ser utilizado.

OBSERVACIONES

Daniel Aguero

FIRMA Y NOMBRE DE QUIEN AUTORIZÓ EL ANDAMIO

4/03/2024 23:00

FECHA Y HORA

		INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN			CODIGO: MC-FOR-021	
					VERSIÓN: 1	
					FECHA: 04-05-2022	
LUGAR	Piso 2		TIPO DE BOTIQUIN A X			
FECHA	2/03/2024		B			
						C
GENERAL						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla			SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Existe una persona responsable del botiquín			X			
Sabe(n) como usar los elementos del botiquín			X			
Recibieron inducción sobre primeros auxilios			X			
Sabe(n) que los medicamentos sólo pueden ser administrados por instrucción médica			X			
Solicita elementos faltantes			X			
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla			SI	NO	NA	OBSERVACIONES
El botiquín se encuentra bien ubicado dentro de las instalaciones			X			
Se encuentra seguro y/o bien sujeto a la pared			X			
Está adecuadamente señalizado			X			
El botiquín cuenta con una lista de elementos que indica su contenido			X			
El contenido del botiquín corresponde a la lista			X			
Contiene un manual de uso, es decir como usar los elementos que contiene			X			
El botiquín se encuentra ordenado y limpio			X			
El material del botiquín es impermeable			X			
El estuche del botiquín es resistente y se encuentra en buen estado			X			
CONTENIDO DEL BOTIQUÍN (Use la siguiente guía indicando en observaciones los faltantes)						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla			SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Tipo	Material	CANTIDAD	X			
A	Gasas Limpias	1 paquete x 20	X			
A	Esparadrapo tela rollo de 4"	1 unidad	X			
A	Baja lenguas	1 paquete x 20	X			
A	Guantes de latex	1 caja	X			
A	venda elastica 2x5	1 unidad	X			
A	venda elastica 3x5	1 unidad	X			
A	venda elastica 5x5	1 unidad	X			
A	venda algodón 3x5	1 unidad	X			
A	venda algodón 5x5	2 unidades	X			
A	Yodopovidona	1 frasco x 120ml	X			
A	Solución salina 250cc o 500cc	2 unidades	X			
A	Termometro	1 unidad	X			
A	Alcohol antiséptico	1 unidad	X			
B	Gasas Limpias	1 paquete x 100				
B	Gasas esteriles	20 paquetes x 3				
B	Apositos o compresas	4 unidades				
B	Esparadrapo tela rollo de 4"	2 unidades				
B	Baja lenguas	2 paquetes x 20				
B	Venda elastica 2x5	2 unidades				
B	Venda elastica 3x5	2 unidades				
B	Venda elastica 5x5	2 unidades				
B	Venda algodón 3x5	2 unidades				
B	Venda algodón 5x5	2 unidades				
B	Yodopovidona o Clorhexidina	1 Galón				
B	Solución salina 250cc o 500cc	5 unidades				
B	Guantes de latex	1 caja				
B	Termometro	1 unidad				
B	Alcohol antiséptico	1 frasco x 275ml				
B	Tijeras	1 unidad				
B	Linterna	1 unidad				
B	Pilas de respaldo	4 unidades				
B	Ferula espinal larga	1 unidad				
B	Collar cervical adulto	2 unidades				
B	Collar cervicall niño	2 unidades				
B	Inmovilizadores MMSS adulto	1 unidad				
B	Inmovilizadores MMII adulto	1 unidad				
B	Inmovilizadores MMSS	1 unidad				
B	Inmovilizadores MMII niño	2 unidad				
B	Vasos desechables	1 paquete x 25				
B	Tensiometro	1 unidad				
B	Fonendoscopia	1 unidad				
B	Acetaminofen tabletas x 500mg	2 sobres x 10				
B	Hidroxido de aluminio tabletas	1 sobre x10				
B	ASA Tabletás	1 sobre x10				
B	Elemento de barrera para RCP	2 unidades				
ELEMENTOS DE EMERGENCIA						
Desfibrilador		1 Unidad				
Daniel Jiménez Mora		Administrativo				
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA INSPECCION		CARGO			FIRMA	

		INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN			CODIGO: MC-FOR-021	
					VERSIÓN: 1	
					FECHA: 04-05-2022	
LUGAR	Taller		TIPO DE BOTIQUIN A X			
FECHA	2/03/2024		B			
		C				
GENERAL						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla			SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Existe una persona responsable del botiquín			X			
Sabe(n) como usar los elementos del botiquín			X			
Recibieron inducción sobre primeros auxilios			X			
Sabe(n) que los medicamentos sólo pueden ser administrados por instrucción médica			X			
Solicita elementos faltantes			X			
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla			SI	NO	NA	OBSERVACIONES
El botiquín se encuentra bien ubicado dentro de las instalaciones			X			
Se encuentra seguro y/o bien sujeto a la pared			X			
Está adecuadamente señalizado			X			
El botiquín cuenta con una lista de elementos que indica su contenido			X			
El contenido del botiquín corresponde a la lista			X			
Contiene un manual de uso, es decir como usar los elementos que contiene			X			
El botiquín se encuentra ordenado y limpio			X			
El material del botiquín es impermeable			X			
El estuche del botiquín es resistente y se encuentra en buen estado			X			
CONTENIDO DEL BOTIQUIN (Use la siguiente guía indicando en observaciones los faltantes)						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla			SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Tipo	Material	CANTIDAD	X			
A	Gasas Limpias	1 paquete x 20	X			
A	Esparadrapo tela rollo de 4"	1 unidad	X			
A	Baja lenguas	1 paquete x 20	X			
A	Guantes de latex	1 caja	X			
A	venda elastica 2x5	1 unidad	X			
A	venda elastica 3x5	1 unidad	X			
A	venda elastica 5x5	1 unidad	X			
A	venda algodón 3x5	1 unidad	X			
A	venda algodón 5x5	2 unidades	X			
A	Yodopovidona	1 frasco x 120ml	X			
A	Solución salina 250cc o 500cc	2 unidades	X			
A	Termometro	1 unidad	X			
A	Alcohol antiséptico	1 unidad	X			
B	Gasas Limpias	1 paquete x 100				
B	Gasas esteriles	20 paquetes x 3				
B	Apositos o compresas	4 unidades				
B	Esparadrapo tela rollo de 4"	2 unidades				
B	Baja lenguas	2 paquetes x 20				
B	Venda elastica 2x5	2 unidades				
B	Venda elastica 3x5	2 unidades				
B	Venda elastica 5x5	2 unidades				
B	Venda algodón 3x5	2 unidades				
B	Venda algodón 5x5	2 unidades				
B	Yodopovidona o Clorhexidina	1 Galón				
B	Solución salina 250cc o 500cc	5 unidades				
B	Guantes de latex	1 caja				
B	Termometro	1 unidad				
B	Alcohol antiséptico	1 frasco x 275ml				
B	Tijeras	1 unidad				
B	Linterna	1 unidad				
B	Pilas de respaldo	4 unidades				
B	Ferula espinal larga	1 unidad				
B	Collar cervical adulto	2 unidades				
B	Collar cervical niño	2 unidades				
B	Inmovilizadores MMSS adulto	1 unidad				
B	Inmovilizadores MMII adulto	1 unidad				
B	Inmovilizadores MMSS	1 unidad				
B	Inmovilizadores MMII niño	2 unidad				
B	Vasos desechables	1 paquete x 25				
B	Tensiómetro	1 unidad				
B	Fonendoscopia	1 unidad				
B	Acetaminofen tabletas x 500mg	2 sobres x 10				
B	Hidroxido de aluminio tabletas	1 sobre x10				
B	ASA Tabletas	1 sobre x10				
B	Elemento de barrera para RCP	2 unidades				
ELEMENTOS DE EMERGENCIA						
Desfibrilador		1 Unidad				
Daniel Jiménez Mora		Administrativo				
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA INSPECCION		CARGO			FIRMA	

		INSPECCION DE BOTIQUINES												Código: FT-9857-084										
														Emisión: 23/01/2018										
Área/Frente de Obra: Operativa												Ubicación: Museo Nacional				Código Interno: 001								
ITEM	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA	S/N	NA
Compresas (Gasas grandes)					x	1																		
Gasas estériles en empaque individual (Gasas precortadas)					x	4																		
Parche ocular					x	2																		
Vendas elásticas 2"					x	1																		
Vendas elásticas 3"					x	1																		
Vendas elásticas 5"					x	1																		
Venda triangular					x	1																		
Esparadrapo (Rollo)					x	1																		
Micropore (Rollo)																								
Curas (unidad)					x	10																		
Solución salina al 0.9% (Bolsa de 250 cc)					x	1																		
Jeringa (Unidad 20 cc)																								
Yodopovidona espuma (Frasco Isodine)					x	1																		
Vaselina (para humectar la piel)																								
Inmovilizadores de extremidades (En cartón plast -juego o en rollo)					x	1																		
Baja lenguas (Paquete)					x	1																		
Salas de rehidratación oral (Sobre)					x	1																		
Guantes desechables (Pares)					x	1																		
Tijeras (De trauma)					x	1																		
Termómetro					x	1																		
Linterna y pilas					x	1																		
Pañitos de alcohol (para desinfección de instrumentos)																								
Pito					x	1																		
Listado de números de emergencia					x	1																		
Libreta y lápiz					x	1																		
Inspección realizada por:	Daniel Ugarte																							
C.C. de quien realizó la inspección:	1622433908																							
Fecha Inspección (dd/mm/aa):	4/03/2024																							
OBSERVACIONES																								

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN

IDENTIFICACIÓN BOTIQUÍN

UBICACIÓN:

Camioneta
Placa RRM-744

FECHA:

07/03/2024

RESPONSABLE:

Andrés Ortega

ITEN	CAN	UN	DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO	FECHA DE VENCIMIENTO	VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
					B	R	M	NA	
1	3	1	Tapabocas		✓				
2	3	2	Cinta adhesiva		✓				
3	1	6	Copitos Algodón		✓				
4	1	Gr	Copitos Algodón	04/09/2024	✓				
5	1	1	Alcohol/Algodón	04/09/2024	✓				
6	1	1	Agua Mineral	08/06/2024	✓				
7	3	1	Dermapa		✓				
8	1	1	Alcohol Yodado	04/2024	✓				
9	1	1	Gasa	10/2026	✓				
10	1	1	Venda		✓				
11	1	1	Preservativo Latex	03/2026	✓				
12	1	1	Toalla Higiénica		✓				
13	1	1	Bisturi		✓				
14	1	1	Encendedor		✓				
15	1	1	Silbato		✓				

COMENTARIOS

Nombre Responsable:

Andrés Ortega

Firma:

Andrés Ortega



02

FECHA:

07/03/2024

UBICACIÓN:

Badaga

RESPONSABLE:

Andrés Ortega

[illegible]

COMENTARIOS

Nombre Responsable:

Andrés Ortega

Firma:

Andres Ortega

PREOPERACIONAL DE COMPRESOR															FECHA:	1/11/2022
															Versión:	2
DATOS GENERALES																
EMPRESA:			FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.						SERIE							
MODELO:		TRUPPER		LUGAR DE UBICACIÓN:		BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE										
SEMANA DE INSPECCION:				DEL 12 AL 18 DE FEBRERO DE 2024												
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																
No	ASPECTO A REVISAR	LUN		MAR		MIER		JUEV		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	ESTADO GENERAL	X		X		X		X		X		X		X		
2	MANOMETRO	X		X		X		X		X		X		X		
3	MANQUERA DE EMPALME	X		X		X		X		X		X		X		
4	VALVULA DE SEGURIDAD	X		X		X		X		X		X		X		
5	VALVULA DE PURGA DE CONDENSADO	X		X		X		X		X		X		X		
6	FILTRO DE ASPIRACIÓN	X		X		X		X		X		X		X		
7	VARILLA NIVEL DE ACEITE	X		X		X		X		X		X		X		
8	TORNILLO DE PURGA	X		X		X		X		X		X		X		
9	EL PERSONAL HA SIDO CAPACITADO PARA SU	X		X		X		X		X		X		X		
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		X		X		X		X		X		X		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	
NOMBRE DE TRABAJADOR:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ </div>														
FIRMA DE TRABAJADOR:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ RODRIGUEZ </div>														
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda </div>														
FIRMA INSPECTOR SST:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda Maria Fernanda </div>														
<p>NOTA IMPORTANTE: La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA</p> <p style="text-align: center;">OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO</p>																
DIA 1.																
DIA 2.																
DIA 3.																
DIA 4.																
DIA 5.																
DIA 6.																
DIA 7.																

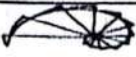
Vo Bo Prof. SST
Maria F. Merchán
 Profesional SST

PREOPERACIONAL DE COMPRESOR															FECHA:	1/11/2023		
DATOS GENERALES															Versión:	2		
EMPRESA:			FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.						SERIE									
MODELO:			TRUPPER			LUGAR DE UBICACIÓN:			BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE									
SEMANA DE INSPECCIÓN:			DEL 19 AL 25 DE FEBRERO DE 2024															
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																		
No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN		
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M			
1	ESTADO GENERAL	X																
2	MANOMETRO	X																
3	MANEJERA DE EMPALME	X																
4	VALVULA DE SEGURIDAD	X																
5	VALVULA DE PURGA DE CONDENSADO	X																
6	FILTRO DE ASPIRACIÓN	X																
7	VARILLA NIVEL DE ACEITE	X																
8	TORNILLO DE PURGA	X																
9	EL PERSONAL HA SIDO CAPACITADO PARA SU	X																
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X																
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
NOMBRE DE TRABAJADOR:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DOCKSON DOCKSON DOCKSON DOCKSON DOCKSON DOCKSON DOCKSON </div>																
FIRMA DE TRABAJADOR:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DOCKSON DOCKSON DOCKSON DOCKSON DOCKSON DOCKSON DOCKSON </div>																
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria </div>																
FIRMA INSPECTOR SST		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria </div>																
NOTA IMPORTANTE: La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIÉN INSPECCIONA																		
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																		
DIA 1.																		
DIA 2.																		
DIA 3.																		
DIA 4.																		
DIA 5.																		
DIA 6.																		
DIA 7.																		

Maria F. Merchán
 Profesional SST

PREOPERACIONAL DE COMPRESOR															FECHA:	1/1/2022	
															Versión:	2	
DATOS GENERALES																	
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.								SERIE							
MODELO:		TRUPPER		LUGAR DE UBICACIÓN:				BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE									
SEMANA DE INSPECCION:		DEL 26 AL 03 DE MARZO DE 2024															
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																	
No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIE.		JUE.		VIE.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
1	ESTADO GENERAL	X		X		X		X		X		X		X			
2	MANOMETRO	X		X		X		X		X		X		X			
3	MANQUERA DE EMPALME	X		X		X		X		X		X		X			
4	VALVULA DE SEGURIDAD	X		X		X		X		X		X		X			
5	VALVULA DE PURGA DE CONDENSADO	X		X		X		X		X		X		X			
6	FILTRO DE ASPIRACIÓN	X		X		X		X		X		X		X			
7	VARILLA NIVEL DE ACEITE	X		X		X		X		X		X		X			
8	TORNILLO DE PURGA	X		X		X		X		X		X		X			
9	EL PERSONAL HA SIDO CAPACITADO PARA SU	X		X		X		X		X		X		X			
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		X		X		X		X		X		X			
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin	
FIRMA DE TRABAJADOR:		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin	
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria	
FIRMA INSPECTOR SST		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria	
		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda	
		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria	
		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda		Fernanda	
<p>NOTA IMPORTANTE: La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA</p> <p style="text-align: center;">OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO</p>																	
DIA 1.																	
DIA 2.																	
DIA 3.																	
DIA 4.																	
DIA 5.																	
DIA 6.																	
DIA 7.																	


María F. Merchán
 Profesional SST

		PREOPERACIONAL DE COMPRESOR												FECHA:	1/1/2022	
		DATOS GENERALES												Version:	2	
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.						SERIE								
MODELO:		TRUPPER		LUGAR DE UBICACION:		BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE										
SEMANA DE INSPECCION:		DEL 04 AL 10 DE MARZO DE 2024														
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																
No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	ESTADO GENERAL	X														
2	MANOMETRO	X														
3	MANUERA DE EMPALME	X														
4	VALVULA DE SEGURIDAD	X														
5	VALVULA DE PURGA DE CONDENSADO	X														
6	FILTRO DE ASPIRACION	X														
7	VARILLA NIVEL DE ACEITE	X														
8	TORNILLO DE PURGA	X														
9	EL PERSONAL HA SIDO CAPACITADO PARA SU	X														
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO.	X														
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	María F. Merchan Profesional SST
FIRMA DE TRABAJADOR:		Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	Edwin	
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	
FIRMA INSPECTOR SST		Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	
NOTA IMPORTANTE: La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA																
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DIA 1.																
DIA 2.																
DIA 3.																
DIA 4.																
DIA 5.																
DIA 6.																
DIA 7.																

		PREOPERACIONAL DE COMPRESOR												FECHA: 1/1/2022		
														Versión: 2		
DATOS GENERALES																
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.						SERIE								
MODELO: TRUPPER		LUGAR DE UBICACION:						BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE								
SEMANA DE INSPECCION:		DEL 18 AL 24 DE MARZO DE 2024														
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																
No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIÉR.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	ESTADO GENERAL	X		/		/		/		/		/		/		
2	MANOMETRO	X		/		/		/		/		/		/		
3	MANIFESTACIÓN DE EMPALME	X		/		/		/		/		/		/		
4	VALVULA DE SEGURIDAD	X		/		/		/		/		/		/		
5	VALVULA DE PURGA DE CONDENSADO	X		/		/		/		/		/		/		
6	FILTRO DE ASPIRACIÓN	X		/		/		/		/		/		/		
7	VARILLA NIVEL DE ACEITE	X		/		/		/		/		/		/		
8	TORNILLO DE PURGA	X		/		/		/		/		/		/		
9	EL PERSONAL HA SIDO CAPACITADO PARA SU USO	X		/		/		/		/		/		/		
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		/		/		/		/		/		/		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	
NOMBRE DE TRABAJADOR:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> </div> <div> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> </div> <div> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> </div> <div> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> </div> <div> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> </div> <div> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> <p>Endal</p> </div> </div>														
FIRMA DE TRABAJADOR:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Maria</p> <p>Fernanda</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> </div>														
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Maria</p> <p>Fernanda</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> </div>														
FIRMA INSPECTOR SST		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Maria</p> <p>Fernanda</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> <div> <p>Maria</p> <p>Maria</p> </div> </div>														
<p>Vo Bo Prof. SST</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">Maria F. Merchán</p> <p style="text-align: right;">Profesional SST</p>																
<p>NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA</p>																
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DIA 1.																
DIA 2.																
DIA 3.																
DIA 4.																
DIA 5.																
DIA 6.																
DIA 7.																

Jardines y Jardineros del Sumpaz

Nit: 35253952-1

CONTACTO: 302-388-4507// 319-432-9594

FIJO: 903-5561



Inspección de EPP

Fecha:

22 DE FEBRERO 24.

	NOMBRE Y APELLIDO	CASCO		GUANTES DE BAQUETA		BOTAS PUNTA DE ACERO		GAFAS		FIRMA
		USO	ESTAD	USO	ESTAD	USO	ESTAD	USO	ESTAD	
1	Anibal Sanchez	SI	B	SI	B	SI	B	SI	B	<i>[Signature]</i>
2	Bladimir Bravo Nieto	SI	B	SI	B	SI	B	SI	B	<i>[Signature]</i>
3	Anderson Bello	SI	B	SI	B	SI	B	SI	B	Anderson Bello
4	Gilberto Tapiero	SI	B	SI	B	SI	B	SI	B	Gilberto Tapiero
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										

Observaciones:

[Signature]



INSPECCION PREOPERACIONAL DE EPP Y RECOMENDACIONES

Uso de equipo de protección y seguridad, casco, careta, guantes, botas, canilleras, petó

	Si	No
El interruptor de encendido está en buen estado		
El equipo de corte /cuchilla está asegurado	X	
Los mandos de aceleración funcionan	X	
Los tornillos están ajustados	X	
Protector de cuchilla este puesto	X	
Se realizo revisión previa al terreno	X	
Se verifico que el operador no esté enfermo o bajo efectos de alcohol, drogas etc.	X	
Fecha 1 marzo 2024		
Firma: 		

Punto de trabajo donde se realizo la inspección: Portal 770





Jardines y Jardineros del Sumpaz

Nit: 35253952-1

Responsable de IVA autorización de N°.18762016169320

CONTACTO: 302-388-4507// 319-432-9594

FIJO: 903-5561



INSPECCION PREOPERACIONAL DE EPP Y RECOMENDACIONES

Uso de equipo de protección y seguridad, casco, careta, guantes, botas, canilleras, petó

	Si	No
El interruptor de encendido está en buen estado		
El equipo de corte /cuchilla está asegurado	X	
Los mandos de aceleración funcionan	X	
Los tornillos están ajustados	X	
Protector de cuchilla este puesto	X	
Se realizo revisión previa al terreno	X	
Se verifico que el operador no esté enfermo o bajo efectos de alcohol, drogas etc.	X	
Fecha 29 febrero 2024		
Firma:		

Punto de trabajo donde se realizo la inspección: 20 de Julio



E-mail jyjsmapazlhc@gmail.com // cel : 302 388 4507 - 319 432 9594 -fijo: 903-5561



INSPECCION PREOPERACIONAL DE EPP Y RECOMENDACIONES

Uso de equipo de protección y seguridad, casco, careta, guantes, botas, canilleras, petó

El interruptor de encendido está en buen estado	Si	No
El equipo de corte /cuchilla está asegurado	X	
Los mandos de aceleración funcionan	X	
Los tornillos están ajustados	X	
Protector de cuchilla este puesto	X	
Se realizo revisión previa al terreno	X	
Se verifico que el operador no esté enfermo o bajo efectos de alcohol, drogas etc.	X	
Fecha 23 FEBRERO 2024		
Firma: 		

Punto de trabajo donde se realizo la inspección: **PIS Etenario**





INSPECCION PREOPERACIONAL DE EPP Y RECOMENDACIONES

Uso de equipo de protección y seguridad, casco, careta, guantes, botas, canilleras, petó

	Si	No
El interruptor de encendido está en buen estado		
El equipo de corte /cuchilla está asegurado	X	
Los mandos de aceleración funcionan	X	
Los tornillos están ajustados	X	
Protector de cuchilla este puesto	X	
Se realizo revisión previa al terreno	X	
Se verifico que el operador no esté enfermo o bajo efectos de alcohol, drogas etc.	X	
Fecha 27 Febrero 2024	X	
Firma: 27 [Signature]	X	

Punto de trabajo donde se realizo la inspección: portal Tunál





INSPECCION PREOPERACIONAL DE EPP Y RECOMENDACIONES

Uso de equipo de protección y seguridad, casco, careta, guantes, botas, canilleras, petó

	Si	No
El interruptor de encendido está en buen estado		
El equipo de corte /cuchilla está asegurado	X	
Los mandos de aceleración funcionan	X	
Los tornillos están ajustados	X	
Protector de cuchilla este puesto	X	
Se realizo revisión previa al terreno	X	
Se verifico que el operador no esté enfermo o bajo efectos de alcohol, drogas etc.	X	
Fecha 28 Febrero 2024	X	
Firma: 	X	

Punto de trabajo donde se realizo la inspección: Abenda primera de mayo





Jardines y Jardineros del Sumpaz

Nit: 35253952-1

Responsable de IVA autorización de N°.18762016169320

CONTACTO: 302-388-4507// 319-432-9594

FIJO: 903-5561



INSPECCION PREOPERACIONAL DE EPP Y RECOMENDACIONES

Uso de equipo de protección y seguridad, casco, careta, guantes, botas, canilleras, petó

	Si	No
El interruptor de encendido está en buen estado		
El equipo de corte /cuchilla está asegurado	✓	
Los mandos de aceleración funcionan	✓	
Los tornillos están ajustados	✓	
Protector de cuchilla este puesto	✓	
Se realizo revisión previa al terreno	✓	
Se verifico que el operador no esté enfermo o bajo efectos de alcohol, drogas etc.	✓	
Fecha 24 DE feb 2024.		
Firma: 		

Punto de trabajo donde se realizo la inspección: PUNTA SUR

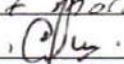


E-mail jyjsmapazlhc@gmail.com // cel : 302 388 4507 - 319 432 9594 -fijo: 903-5561



INSPECCION PREOPERACIONAL DE EPP Y RECOMENDACIONES

Uso de equipo de protección y seguridad, casco, careta, guantes, botas, canilleras, petó

El interruptor de encendido está en buen estado	Si	No
El equipo de corte /cuchilla está asegurado	X	
Los mandos de aceleración funcionan	X	
Los tornillos están ajustados	X	
Protector de cuchilla este puesto	X	
Se realizo revisión previa al terreno	X	
Se verifico que el operador no esté enfermo o bajo efectos de alcohol, drogas etc.		
Fecha 7 Mayo 2024		
Firma: 		

Punto de trabajo donde se realizo la inspección: Postal ~~de~~ Suba



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

ENCARGADO DE INSPECCIONAR: Andrés Ortega FECHA: Marzo 7/2024

Emplee la siguiente convención para la inspección de los elementos de protección

B: Bueno

R: Regular

M: Malo

NOMBRE TRABAJADOR	CASCO DE SEGURIDAD			GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECCION OIDOS			PROTECCION RESPIRATORIA			ROPA DE TRABAJO					GUANTES DE SEGURIDAD				BOTAS DE SEGURIDAD			EQUIPO DE ALTURA			
	ESTADO DEL CASQUETE	ESTADO DE LA ARAÑA	ESTADO DEL BARBUQUEO	ESTADO DE LOS LENTES	ESTADO DE LA MONTURA	ESTDO TAPAOIDOS INSERCIION	ESTADO PROTECTORES DE COPA	ASEO DEL ELEMENTO	ESTADO TAPABOCAS DESECHABLE	ESTADO MASCARILLA	ASEO ELEMENTO	ESTADO DEL CHALECO	ESTDO DEL PANTALON Y CHAQUETA	ESTADO CHAQUETA IMPERMEABLE	ESTADO PANTALON IMPERMEABLE	ESTADO FONTANERO	ESTADO GUANTE BAQUETA	ESTADO GUANTE TIPO INGENIERO	ESTADO GUANTE DE CAUCHO	ESTADO MANGAS DE CAUCHO	ESTADO PUNTERA	ESTADO SUELA	ESTADO BOTA DE SEGURIDAD DE CAUCHO	ESTADO ARNES DE SEGURIDAD	ESTADO ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	ESTADO ESLINGA DE ABSORCION
Andrés Ortega	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
Carlos Chirinos	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

OBSERVACIONES:

Abril 2024
FECHA PROXIMA INSPECCION

Andrés Ortega
FIRMA DE QUIEN INSPECCIONA

	AH3 SAS		Código: FT-ISEP-042																			
			Fecha de Emisión: 23/01/2018																			
	INSPECCION SEMANAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL		Versión: 001-2017																			
Fecha: <u>04 de marzo de 2024</u> Semana desde _____ hasta _____ año _____																						
Nombre del trabajador: <u>Duvan Bedoya</u> Cargo: <u>Auxiliar Técnico Aire Acondicionado</u> Cédula: <u>1006131163</u>																						
PREGUNTAS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			Observaciones Favor nombrar EPP que se encuentre en mal estado
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Están el casco de seguridad en buen estado para su uso y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Están las gafas de seguridad en buen estado y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Esta la protección auditiva en buen estado? (tipo copa y/o inserción) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Esta la protección respiratoria en buen estado? (Respirador y cartuchos para vapores y gases) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Están sus guantes de seguridad en buen estado, son los adecuados para la actividad a ejecutar y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Esta su overol y botas de seguridad en buen estado?	x			x																		
OBSERVACIÓN: (Si su elemento de protección personal se encuentra en mal estado favor dar aviso al profesional HSE)																						
FIRMA DEL TRABAJADOR											FIRMA DEL PROFESIONAL HSE											
<u>Duvan Bedoya</u>											<u>Daniel Higuera</u> <u>102433908</u>											
Nombre completo, Cédula <u>1006131163</u>											Nombre completo, Cédula _____											

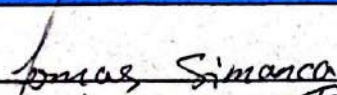
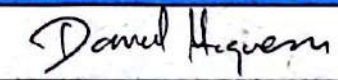
	AH3 SAS		Código: FT-SEP-042	
			Fecha de Emisión: 23/01/2018	
	INSPECCION SEMANAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL			Versión: 001-2017

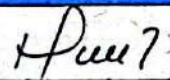
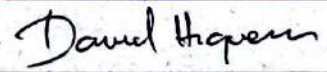
Fecha: 04 de marzo de 2024 Semana desde _____ hasta _____ año _____

Nombre del trabajador: Tomas Simanca Cargo: Auxiliar Técnico Aire Acondicionado Cédula: 1030693371

PREGUNTAS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			Observaciones
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Están el casco de seguridad en buen estado para su uso y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Están las gafas de seguridad en buen estado y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Esta la protección auditiva en buen estado? (tipo copa y/o inserción) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Esta la protección respiratoria en buen estado? (Respirador y cartuchos para vapores y gases) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Están sus guantes de seguridad en buen estado, son los adecuados para la actividad a ejecutar y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Esta su overol y botas de seguridad en buen estado?	x			x																		

OBSERVACIÓN: (Si su elemento de protección personal se encuentra en mal estado favor dar aviso al profesional HSE)

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL PROFESIONAL HSE
 Nombre completo, Cédula <u>TOMAS SIMANCA</u> <u>1030693371</u>	 Nombre completo, Cédula <u>1000433900</u>

	AH3 SAS																								Código: FT-SEP-042		
																									Fecha de Emisión: 23/01/2018		
	INSPECCION SEMANAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL																								Versión: 001-2017		
Fecha: <u>04 de marzo de 2024</u> Semana desde _____ hasta _____ año _____																											
Nombre del trabajador: <u>Octavio Mesa</u> Cargo: <u>Técnico Electricista</u> Cédula: <u>4266409</u>																											
PREGUNTAS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			Observaciones					
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA						
Están el casco de seguridad en buen estado para su uso y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Están las gafas de seguridad en buen estado y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Esta la protección auditiva en buen estado? (tipo copa y/o inserción) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Esta la protección respiratoria en buen estado? (Respirador y cartuchos para vapores y gases) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Están sus guantes de seguridad en buen estado, son los adecuados para la actividad a ejecutar y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Esta su overol y botas de seguridad en buen estado?	x			x																							
OBSERVACIÓN: (Si su elemento de protección personal se encuentra en mal estado favor dar aviso al profesional HSE)																											
FIRMA DEL TRABAJADOR														FIRMA DEL PROFESIONAL HSE													
 4266409														 1022433908													
Nombre completo, Cédula														Nombre completo, Cédula													

**AH3 SAS**

Código: FT4SEP-042

Fecha de Emisión: 23/01/2018

INSPECCION SEMANAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Versión: 001-2017

Fecha: 04 de marzo de 2024 Semana desde _____ hasta _____ año _____Nombre del trabajador: Luis GomezCargo: Técnico Aire AcondicionadoCédula: 1024523705

PREGUNTAS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			Observaciones
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
Están el casco de seguridad en buen estado para su uso y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Están las gafas de seguridad en buen estado y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Esta la protección auditiva en buen estado? (tipo copa y/o inserción) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Esta la protección respiratoria en buen estado? (Respirador y cartuchos para vapores y gases) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Están sus guantes de seguridad en buen estado, son los adecuados para la actividad a ejecutar y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																		
Esta su overol y botas de seguridad en buen estado?	x			x																		

OBSERVACIÓN: (Si su elemento de protección personal se encuentra en mal estado favor dar aviso al profesional HSE)

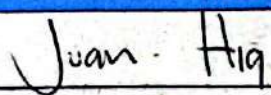
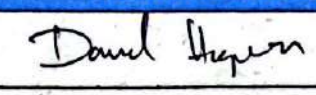
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL PROFESIONAL HSE

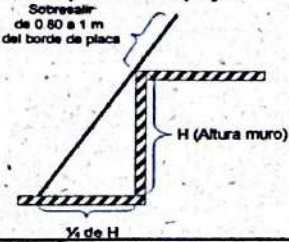
Luis Gomez 1024523705David Higuer 1022433909

Nombre completo, Cédula

Nombre completo, Cédula

	AH3 SAS																								Código: FT-4SEP-042		
	INSPECCION SEMANAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL																								Fecha de Emision: 23/01/2018		
																									Versión: 001-2017		
Fecha: <u>04 de marzo de 2024</u> Semana desde _____ hasta _____ año _____																											
Nombre del trabajador: <u>Juan Higuera</u> Cargo: <u>Técnico Electricista</u> Cédula: <u>1000350684</u>																											
PREGUNTAS	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			Observaciones					
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA						
Están el casco de seguridad en buen estado para su uso y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Están las gafas de seguridad en buen estado y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Esta la protección auditiva en buen estado? (tipo copa y/o insercion) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Esta la protección respiratoria en buen estado? (Respirador y cartuchos para vapores y gases) y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Están sus guantes de seguridad en buen estado, son los adecuados para la actividad a ejecutar y en condiciones adecuadas de limpieza?	x			x																							
Esta su overol y botas de seguridad en buen estado?	x			x																							
OBSERVACION: (Si su elemento de protección personal se encuentra en mal estado favor dar aviso al profesional HSE)																											
FIRMA DEL TRABAJADOR														FIRMA DEL PROFESIONAL HSE													
																											
Nombre completo, Cédula														Nombre completo, Cédula													

	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	Código: FT-INEM-035	
	AH3 SAS	Emisión: 23/01/2018	
	INSPECCION ESCALERA MOVIL	Version: 001-2017	
Ubicación	Museo Nacional	Fecha Inspección	4/03/2024
Inspección realizada por	Luis Gómez		

CONDICIONES DE SEGURIDAD		SI	NO	N.A.
1	Los largueros se mantienen libres de obstáculos como sogas, cables, mangueras, alambres, aceite, grasa y basura o desechos	x		
2	<p>La escalera portátil, se está colocando en posición indicada: La distancia del pie de la escalera a la superficie de apoyo no debe ser menor a un $\frac{1}{4}$ con respecto a la longitud del punto de apoyo.</p> 			x
3	La longitud que sobre sale por encima del punto de apoyo es la indicada: Entre 0.8 y 1.0 metros.			x
4	La escalera está limpia de aceite, grasa, y otras sustancias peligrosas que pueden causar resbalones	x		
5	El apoyo de las escaleras portátil es firme y segura en el suelo.	x		
6	El punto de apoyo superior tiene la capacidad portante para soportar el peso de la escalera mas la carga que se aplica.			x
7	La parte superior esta atada a una estructura.			x
8	Los travesaños y los largueros se encuentran en buenas condiciones, sin fisuras, rotos, sueltos, etc.	x		
9	Cuando el piso esta liso, se utiliza en la parte inferior un soporte para evitar que se corra o deslice.	x		
10	El escalón superior de la escalera de tijera no es usado para pararse	x		
11	La parte posterior de la escalera de tijera no es usada para subirse a menos	x		
12	Las escaleras de metálicas tienen rótulos visibles que dicen "Cuidado: No usar cerca de equipo eléctrico" u otra advertencia similar.	x		
13	Las escaleras que podrían estar en contacto con equipo eléctrico energizado, tienen largueros que no son conductores de electricidad.	x		
14	El área alrededor de la escalera se encuentra señalizadas de manera que los transeúntes o vehículos no las puedan golpear.	x		
OBSERVACIONES				
Juan Higuera. Quién realiza la inspección		Técnico Cargo		Juan H19 Firma

	INSPECCION DE ESCALERA												FECHA: 1/11/2022			
														VERSION: 2		
DATOS GENERALES																
EMPRESA		FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.										SERIE				
TIPO DE ESCALERA:		Escalera portátil ☐ Escalera sencilla ☐ Escalera tipo tijera ☐ Escalera ☐ plegable ☐														
MODELO:		UBICACIÓN:										BODEGA - INSTALACIONES CLIENTES				
SEMANA DE INSPECCION:		DEL 19 AL 25 DE FEBRERO DE 2024														
Marque con una "X" según corresponda																
N°	ITEM / ESTADO	LUN		MAR.		MIÉ.		JUE.		VIE.		SÁB.		DOM.		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Existen deformaciones en peldaños de las escaleras?		X		/		/		/		/		/		/	
2	¿Los pasamanos se encuentran sin aristas vivas o deformaciones?	X		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
3	¿La escalera es certificada?	X		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
4	¿La escalera tiene zapatas antideslizantes?	X		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
5	¿Los largueros están en buen estado?	X		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
6	¿Los peldaños están limpios de cualquier elemento que los haga más deslizantes?	X		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
7	¿Las extensiones de las escaleras ruedan correctamente dentro de las guías de la escalera principal?	X		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
8	¿Los ganchos de seguridad de la extensión aseguran correctamente en los peldaños de la escalera?	X		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
9	¿Las bisagras están en buen estado?	X		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
10	¿Las escaleras de metal no tienen señal de corrosión?		X		/		/		/		/		/		/	
11	¿La escalera en general presenta desgaste excesivo?		X		/		/		/		/		/		/	
12	¿La escalera se encuentra almacenada correctamente?	X		/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	Vo Bo Prof. SST
FIRMA DE TRABAJADOR		[Firma]		[Firma]		[Firma]		[Firma]		[Firma]		[Firma]		[Firma]		Maria F. Merchan Profesional SST
FIRMA DE INSPECTOR SST		Maria Fernanda		Maria Homay		Marco		Marica		Marica		Marica		Marica		
NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA																
EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DIA 1.																
DIA 2.																
DIA 3.																
DIA 4.																
DIA 5.																
DIA 6.																
DIA 7.																



INSPECCION DE ESCALERA

FECHA: 11/10/22

VERSION: 2

DATOS GENERALES

EMPRESA

FORMAS METÁLICAS MEXICANA S.A.S.

SERIE

TIPO DE ESCALERA

Escalera portátil

☐ Escalera sencillaEsc ☐ con líneaEscalera ☐ móvil

MODELO

UBICACIÓN

MAYANA - INSTALACIONES CLIENTES

SEMANA DE INSPECCIÓN

DEL 26 AL 03 DE MARZO DE 2024

Marque con una "X" según corresponda

N°	ITEM / ESTADO	LEN		MAR.		ME.		JUE.		VE.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Existen deformaciones en peldaños de las escaleras?		X		X		X		X		X		X		X	
2	¿Se presentaron de encontrar en ambos niveles o deformaciones?	X		X		X		X		X		X		X		
3	¿La escalera es certificada?	X		X		X		X		X		X		X		
4	¿La escalera tiene topes antideslizantes?	X		X		X		X		X		X		X		
5	¿Las lengüetas están en buen estado?	X		X		X		X		X		X		X		
6	¿Los peldaños están limpios de cualquier elemento que los haga más deslizantes?	X		X		X		X		X		X		X		
7	¿Las extensiones de las escaleras quedan correctamente dentro de las guías de la escalera principal?	X		X		X		X		X		X		X		
8	¿Los gancho de seguridad de la extensión aseguran correctamente en los peldaños de la escalera?	X		X		X		X		X		X		X		
9	¿Las bridas están en buen estado?	X		X		X		X		X		X		X		
10	¿Las escaleras de metal no tienen señal de corrosión?		X		X		X		X		X		X		X	
11	¿La escalera en general presenta desgaste excesivo?		X		X		X		X		X		X		X	
12	¿La escalera se encuentra almacenada correctamente?	X		X		X		X		X		X		X		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prod. SST
FIRMA DE TRABAJADOR		Edwin														María F. Merchán Profesional SST
FIRMA DE INSPECTOR SST		María Fernanda														

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA.

EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

DIA 1

DIA 2

DIA 3

DIA 4

DIA 5

DIA 6

DIA 7



INSPECCION DE ESCALERA

FECHA: 1/11/2022

VERSION: 2

DATOS GENERALES

EMPRESA

FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.

SERIE

TIPO DE ESCALERA:

Escalera portátil

☐ Escalera sencillaEsc ☐ tipo tijeraEscal ☐ andible

MODELO:

UBICACIÓN:

BODEGA - INSTALACIONES CLIENTES

SEMANA DE INSPECCION:

DEL 04 AL 10 DE MARZO DE 2024

Marque con una "X" según corresponda

N°	ITEM / ESTADO	LUN		MAR.		MIÉ.		JUE.		VIE.		SÁB.		DOM.		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Existen deformaciones en peldaños de las escaleras?		X		X	X	X	X			X		X			
2	¿Los pasamanos se encuentran sin aristas vivas o deformaciones?	X		X		X		X		X		X				
3	¿La escalera es certificada?	X		X		X		X		X		X				
4	¿La escalera tiene zapatas antideslizantes?	X		X		X		X		X		X				
5	¿Los largueros están en buen estado?	X		X		X		X		X		X				
6	¿Los peldaños están limpios de cualquier elemento que los haga más deslizantes?	X		X		X		X		X		X				
	¿Las extensiones de las escaleras ruedan correctamente dentro de las guías de la escalera principal?	X		X		X		X		X		X				
8	¿Los ganchos de seguridad de la extensión aseguran correctamente en los peldaños de la escalera?	X		X		X		X		X		X				
9	¿Las bisagras están en buen estado?	X		X		X		X		X		X				
10	¿Las escaleras de metal no tienen señal de corrosión?		X		X		X		X		X		X			
11	¿La escalera en general presenta desgaste excesivo?		X		X		X		X		X		X			
12	¿La escalera se encuentra almacenada correctamente?	X		X		X		X		X		X				
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
FIRMA DE TRABAJADOR		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin				María F. Merchán Profesional SST
FIRMA DE INSPECTOR SST		María Fernanda		maria f		maria f		maria f		maria f		maria f				

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarla ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA

EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

DÍA 1.

DÍA 2.

DÍA 3.

DÍA 4.

DÍA 5.

DÍA 6.

DÍA 7.



INSPECCION DE ESCALERA

FECHA:

VERSION:

DATOS GENERALES

EMPRESA

FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.

SERIE

TIPO DE ESCALERA:

Escalera portátil

☐ Escalera sencillaEsc ☐ tipo tijeraEscal ☐ ondible

MODELO:

UBICACIÓN:

BODEGA - INSTALACIONES CLIENTE

SEMANA DE INSPECCION:

DEL 11 AL 17 DE MARZO DE 2024

Marque con una "X" según corresponda

N°	ITEM / ESTADO	LUN		MAR.		MIÉ.		JUE.		VIE.		SÁB.		DOM.		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	¿Existen deformaciones en peldaños de las escaleras?		X		/		/		/		/		/		/	
2	¿Los pasamanos se encuentran sin aristas vivas o deformaciones?	X		/		/		/		/		/		/		
3	¿La escalera es certificada?	X		/		/		/		/		/		/		
4	¿La escalera tiene zapatas antideslizantes?	X		/		/		/		/		/		/		
5	¿Los largueros están en buen estado?	X		/		/		/		/		/		/		
6	¿Los peldaños están limpios de cualquier elemento que los haga más deslizantes?	X		/		/		/		/		/		/		
7	¿Las extensiones de las escaleras ruedan correctamente dentro de las guías de la escalera principal?	X		/		/		/		/		/		/		
8	¿Los ganchos de seguridad de la extensión aseguran correctamente en los peldaños de la escalera?	X		/		/		/		/		/		/		
9	¿Las bisagras están en buen estado?	X		/		/		/		/		/		/		
10	¿Las escaleras de metal no tienen señal de corrosión?		X		/		/		/		/		/		/	
11	¿La escalera en general presenta desgaste excesivo?		X		/		/		/		/		/		/	
12	¿La escalera se encuentra almacenada correctamente?	X		/		/		/		/		/		/		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	
FIRMA DE TRABAJADOR		Enda Enda Enda Enda Enda Enda Enda Enda														
FIRMA DE INSPECTOR SST		Maria Fernanda Maria Maria Maria Maria Maria Maria														

Vo Bo Prof. SST
Maria F. M
Profesion

NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA

EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

DÍA 1.

DÍA 2.

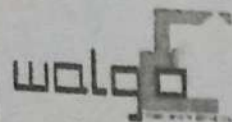
DÍA 3.

DÍA 4.

DÍA 5.

DÍA 6.

DÍA 7.



PREOPERACIONAL DE ESCALERA PORTATIL

WG-SST-FR-14

Versión 01

6/01/2022

Marca:

Inspecciono:

Miguel

Serie:

Obra:

Descripción del trabajo:

Cargo:

Altura:

2 mts

Longitud:

Semana del: 26-02-2024

al: 2-03-2024

Tipo de escalera:

Dos Bandas

No. peldaños:

Hora Desde:

Hasta:

C: Cumple

NC: No Cumple

N/A: No Aplica

Casco de Seguridad

Gafas

Tapaoídos

Guantes de Nitrilo

Tapaboca

Respirador con filtro

Guantes de carnaza

Botas punta de acero

Arnes

Impermeable

Linea de vida

Otros

ESPECIFICAR OTRO EPP:

ITEM

Lunes

Martes

Miercoles

Jueves

Viernes

Sabado

Domingo

OBSERVACIONES

Están los largueros de la escaleras en buen estado?

Están los peldaños en buen estado?

Están las zapatas en buen estado?

El lugar donde se va a instalar la escalera es uniforme, sin grasa o barro?

Las bisagras se encuentran en buen estado?

Si la escalera tiene entre 4 y 8 metros de longitud, debe ser izada por minimo dos personas (si es mayor de 8 metros pida asesoría del supervisor de seguridad industrial)

Para la actividad que se va a realizar es necesario utilizar arnés de seguridad?

Quedan minimo 60 Centimetros de escalera por encima del punto final de apoyo superior?

Ha sido señalizado el área alrededor de la escalera?

Es necesario que la escalera está amarrada a una estructura de soporte fijo?

PARTES DE LA ESCALERA

ESCALERA DOS BANDAS

PARTES DE LA ESCALERA

ESCALERA EXTENSION

SE DEBE SUSPENDER TRABAJOS CON ESTE EQUIPO

SI

NO

Observaciones Generales:

FIRMAS DE APROBACIÓN

OPERADOR

Vº Bº INSPECTOR SST

Bh312	Bh312	Jordano	Jordano	Jordano	Bh312	Tony
Bh312	Bh312	Bh312	Bh312	Bh312	Bh312	Bh312

NOTA: La inspeccion preoperacional debe realizarla UNICAMENTE el OPERADOR del equipo. En caso de necesitar ayuda adicional o de detectar ruidos extraños en la herramienta debe informarle a su SUPERVISOR o al encargado de MANTENIMIENTO en el lugar de trabajo.

PROYECTO: Transmilenio SEMANA DEL: 26 02 24 AL 02 03 24
DD MM AA DD MM AA

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Pintura museo nacional

TIPO DE ESCALERA A EMPLEAR TIJERA: ☒ EXTENSIÓN: ☐ DE UN SOLO CUERPO: ☐

CONVENCIONES: ☒ BUEN ESTADO ☐ MAL ESTADO ☐ NA No Aplica

PARTES A EXAMINAR	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Largueros (en buen estado)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Unión de peldaños y largueros	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Peldaños completos y en buen estado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Zapatillas antideslizantes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Identificación legible en la escalera	X	X	X	X	X	X	
Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	X	X	X	X	X	X	
Brazos de unión anti-apertura (aplica para escaleras tipo tijera)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Ganchos trabapeldaños (aplica en tijeras extensibles)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Guías externas para unión de largueros (aplica a tijeras extensibles)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Cuenta con superficie estable para ubicación de la escalera	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Cuenta con mecanismos para asegurar la escalera (aplica a tijeras extensibles)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Daniela López	Daniela López	Daniela López	Daniela López	Daniela López	Daniela López	

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN INSPECCIÓN DE ESCALERAS	VERSIÓN: 01
		EDICIÓN: 29-JUN-20

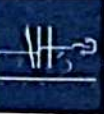
PROYECTO: Transmilenio SEMANA DEL: 04 03 24 AL 09 03 24
DD MM AA DD MM AA

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: Remodelación Baños USME

TIPO DE ESCALERA A EMPLEAR TIJERA: ☒ EXTENSIÓN: ☐ DE UN SOLO CUERPO: ☐

CONVENCIONES: ☒ BUEN ESTADO X MAL ESTADO NA No Aplica

PARTES A EXAMINAR	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Largueros (en buen estado)	✓	✓		✓		✓	
Peldaños (antideslizantes, no torcidos y en buen estado)	✓	✓		✓		✓	
Unión de peldaños y largueros	✓	✓		✓		✓	
Peldaños completos y en buen estado	✓	✓		✓		✓	
Zapatillas antideslizantes	✓	✓		✓		✓	
Piezas de ajuste (tornillos, pernos, otros)	✓	✓		✓		✓	
Aseo de escalera (libre de sustancias deslizantes)	✓	✓		✓		✓	
Identificación legible en la escalera	X	X		X		X	
Cuenta con señalización de seguridad en peldaño	X	X		X		X	
Brazos de unión anti-apertura (aplica para escaleras tipo tijera)	N/A	N/A		N/A		N/A	
Ganchos trabapeldaños (aplica en tijeras extensibles)	✓	✓		✓		✓	
Guías externas para unión de largueros (aplica a tijeras extensibles)	N/A	N/A		N/A		N/A	
Cuenta con superficie estable para ubicación de la escalera	✓	✓		✓		✓	
Cuenta con mecanismos para asegurar la escalera (aplica a tijeras extensibles)	N/A	N/A		N/A		N/A	
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN	Daniela López	Daniela López		Daniela López		Daniela López	

	AH3 SAS				CODIGO: FT-ISPC-032
					FECHA: 23/01/2018
	FORMATO DE INSPECCION				VERSION: 001-2017
INSPECCIÓN SISTEMA DE PROTECCION CONTRA CAIDAS.					
FECHA DE INSPECCIÓN: <u>04 de marzo de 2024</u>					OBRA: Museo Nacional
NOMBRE DE QUIÉN INSPECCIONA: <u>Juan Higuera</u>					
NOMBRE DEL TRABAJADOR: <u>Duvan Bedoya</u>					
ARNÉS		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
EL ARNÉS PRESENTA HILO DE DIFERENTE COLOR PARA FACILITAR LA INSPECCIÓN?		x			Modelo: 9491
EL ARNÉS PRESENTA LAS CORREAS COSIDAS Y DEBIDAMENTE ASEGURADAS?		x			Serie: 520
LAS CORREAS Y LOS HILOS PRESENTAN DESGASTE?			x		
LOS HERRAJES (ANILLO EN D, HEBILLAS) ESTAN LIBRES DE CORROSIÓN U OXIDACIÓN?		x			
EL ARNÉS ESTA LIBRE DE DECOLORACIÓN?		x			
EL ARNÉS SE INSPECCIONA CADA VEZ QUE SE VA A UTILIZAR POR PARTE DEL TRABAJADOR?		x			
EL ARNÉS ESTA CERTIFICADO (5000 Lb DE RESISTENCIA)		x			
LOS ELEMENTOS METALICOS ESTAN LIBRES DE DEFORMACION		x			
ESLINGA		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LA ESLINGA CUENTA CON COSTURAS EN BUEN ESTADO?		x			Modelo: 8307
LA ESLINGA PRESENTA EL ABSORBEDOR DE CHOQUE EN BUENAS CONDICIONES?		x			Serie: 4076
LOS MOSQUETONES O GANCHOS PRESENTAN OXIDACIÓN?			x		
LOS MOSQUETONES O GANCHOS ABREN Y CIERRAN SIN NINGUNA DIFICULTAD?		x			
LOS GANCHOS TIENEN DOBLE SEGURO		x			
LOS GANCHOS Y/O MOSQUETONES PRESENTAN DEFORMACION			x		
LA ESLINGA ES CERTIFICADA (5000 Lb DE RESISTENCIA)		x			
LINEA DE VIDA HORIZONTAL O VERTICAL		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
LA LINEA DE VIDA PRESENTA AÑADIDURAS?			x		
LA LINEA DE VIDA PRESENTA DESGASTE O SE ENCUENTRA DESHILACHADA?			x		
LA LINEA DE VIDA PRESENTA NUDOS O QUEMADURAS?			x		
LA LINEA DE VIDA SE ENCUENTRA LIBRE DE GRASAS, ACEITES O CUALQUIER OTRA SUSTANCIA?		x			
PUNTO DE ANCLAJES		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1, EL PUNTO DE ANCLAJE ES DE FACIL ACCESO POR EL TRABAJADOR?		x			
2, EL PUNTO DE ANCLAJE ESTA INSTALADO EN LA ESTRUCTURA FIRME Y SOLIDA.		x			
3, EXISTEN DOS O MAS PUNTOS DE ANCLAJE (PARA LINEA DE VIDA Y CUERDA DE TRABAJO)		x			
OBSERVACIONES:					

Daniel Higuera
FIRMA INSPECTOR SST

Duvan Bedoya
FIRMA DEL TRABAJADOR

HAY QUE TENER EN CUENTA QUE LAS NO CONFORMIDADES SE DEBEN CORREGIR DE FORMA EFECTIVA PARA MITIGAR EL RIESGO DE CAIDA

CODIGO: FT-PTA-055		SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO																					
VERSION: 01		LISTA DE CHEQUEO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS																					
FECHA:		04 de marzo del 2024						SITIO:		Museo Nacional													
DESCRIPCIÓN		Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo			
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	
1	Los encargados de realizar las labores se encuentran en condiciones anímicas y físicas saludables?	x			x																		
2	Los equipos de protección personal usados tienen certificación y se encuentran en buen estado?	x			x																		
3	Los equipos y/o herramientas a utilizar han sido revisados e inspeccionados previo al inicio de la actividad y estos se encuentran en buen estado?	x			x																		
4	La línea de vida se encuentra libre de empates o añadiduras?	x			x																		
5	La línea de vida se encuentra fijada a un punto de anclaje estructural?	x			x																		
6	El Arnés cuenta con todas sus partes, hebillas argollas, costuras, reatas, etiquetas, eslingas?, Estos elementos se encuentran en perfecto estado sin doblamientos, corrosión, cortaduras, quemaduras, costuras deshilachadas, fibras rotas, desgaste excesivo, deterioro o cualquier otra anomalía que impida el uso del mismo y además se encuentran debidamente contramarcados etiquetados legibles.	x			x																		
7	El sitio donde se realiza el trabajo se encuentra libre de riesgo eléctrico?	x			x																		
8	Se encuentra señalizada y/o demarcada la zona de trabajo?	x			x																		
9	El sistema de prevención de caídas se encuentra protegido de aristas u otros factores que puedan comprometer su resistencia?	x			x																		
10	Se ha socializado el conocimiento básico específica para la tarea? Se han revisado las condiciones de (andamio tubular, andamio colgante, escaleras, izaje de cargas, bordos de losa y excavación profunda mayor a 1.50 mt) (según sea la actividad.)	x			x																		
11	Los ingenieros residentes y los inspectores de SST, maestros y encargados de obra tienen pleno conocimiento sobre la labor que se va a realizar y han dado el visto bueno para el desarrollo de la misma?	x			x																		

DATOS GENERALES		Lunes			Martes			Miércoles			Jueves			Viernes			Sábado			Domingo		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
13	La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad específicas para la labor a realizar?	x			x																	
14	Se cuenta con brigada, botiquín de primeros auxilios, inmovilizadores y camillas?	x			x																	
15	La seguridad social de las personas que realizan la actividad esta disponible y se encuentra vigente?	x			x																	
16	Se encuentra en óptimas condiciones de salud para realizar la labor?	x			x																	
17	Se encuentra libre del efecto de sustancias psicoactivas que puedan alterar su estado de conciencia (medicamentos, drogas, licor etc...)?	x			x																	
18	Se encuentra libre de problemas que afecten su concentración (familiares, personales o laborales)?	x			x																	
19	Quien va a realizar la labor tiene vigente el certificado de aptitud médica para trabajos en alturas?	x			x																	
20	En caso de que exista interferencia o simultaneidad con otras actividades se han tomado las medidas de prevención necesarias (procedimiento de comunicación, protecciones perimetrales, entre otros)?	x			x																	
21	En caso de requerirse, ya diligenció los permisos de trabajo complementarios (Caliente, eléctricos, espacios confinados...)?	x			x																	

PTSA

RELACION DEL PERSONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD



En constancia de lo anterior firmo a satisfacción y declaro que he leído totalmente la lista de chequeo y que me encuentro en plenas condiciones físicas, mentales, emocionales y de salud en general para realizar las tareas que me han sido asignadas.

NOMBRE	Nº DE CEDULA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Duvan Bedoya	1006131163	Yelder	Yelder	Yelder				
Octavio Mesa	4266409	Yelder	Yelder	Yelder				
Cars Gomez	104513705	Yelder	Yelder	Yelder				
Tomás Simanca	1030693321	Yelder	Yelder	Yelder				
Juan Higuera	1.000.350.684	Juan P	Juan P	Juan P				
Pablo Higuera	7945465	Pablo	Pablo	Pablo				
COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS O HSE DE LA EMPRESA CONTRATISTA		David Hg	David Hg	David Hg				

NOTA: EL SUPERVISOR, RESIDENTE O INSPECTOR DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE FIRMA Y AUTORIZA ESTE PERMISO DECLARA HABER VERIFICADO LAS ACTIVIDADES CRÍTICAS QUE SE ENUNCIAN EN EL PERMISO Y VERIFICA LO CONTENIDO EN ESTA LISTA DE CHEQUEO.

EN CASO DE QUE ALGUNAS DE ESTAS CONDICIONES O AMBIENTES DE TRABAJO NO SEAN APTAS PARA LA LABOR TENDRÁ POTESTAD PARA PARAR CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA, DE NO SER ASÍ CUALQUIER SUCESO O EVENTUALIDAD QUEDARÁ BAJO SU CRITERIO Y/O RESPONSABILIDAD.

	INSPECCIÓN DE EXTINTORES			CODIGO: MC-FOR-020	
				VERSIÓN:1	
				FECHA: 04-05-2022	
Lugar:	MA ELECTRONIKA		TIPO DE EXTINTOR:		Agente Limpio
FECHA:	02/03/2024		UBICACIÓN:		Laboratorio
RECIPIENTE					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
El contenedor se encuentra en buen estado, sin corrosión, abolladuras, reparaciones o soldaduras	X				
El estado de la pintura es bueno	X				
Las roscas se encuentran en buen estado, sin corrosión o torceduras	X				
El soporte o agarradera está en buen estado	X				
Las etiquetas estan en buen estado son legibles y contienen información sobre tipo de extintor y forma de uso	X				
MANGUERA Y BOQUILLA					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
La condición general de la manguera es buena	X				
La boquilla se encuentra en buen estado, sin obstrucciones	X				
Los acople o unión giratoria se encuentra en buen estado	X				
Las roscas se encuentran en buen estado, sin desgastes o torceduras	X				
VALVULA (MANÓMETRO)					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
El cristal del manómetro se encuentra en buen estado	X				
El manómetro se encuentra en buen estado, sin torceduras o corrosión	X				
El cuadrante es legible y no se encuentra descolorido	X				
La aguja indicadora de presión se encuentra en buen estado	X				
MANIJA					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
La manija de transporte se encuentra en buen estado	X				
La manija de descarga se encuentra en buen estado	X				
Se encuentra ubicado el pasador de seguridad del extintor	X				
El pasador cuenta con un seguro plástico para evitar su salida accidental	X				
UBICACIÓN					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
La altura del extintor respecto al suelo es adecuada, mínimo 0,1 m.-máximo 1,1 m.	X				
El sitio donde se encuentra el extintor es el adecuado	X				
El extintor es apropiado para el tipo de riesgo	X				
El extintor es suficiente para el apoyo requerido	X				
INFORMACIÓN GENERAL					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
La carga del extintor se encuentra vigente	X				
Indique la fecha de vencimiento				Marzo 2024	
Indique la fecha de recarga				Marzo 2023	
El extintor es operativo	X				
Las condiciones del agente extintor son adecuadas, no se encuentra cementado (Para verificarlo gire el extintor boca abajo y arriba y verifique el movimiento del agente extintor)	X				
Tiene foro protector		X			
Daniel Jiménez Mora	Administración				
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA INSPECCION	DEPARTAMENTO			FIRMA	

	INSPECCIÓN DE EXTINTORES			CODIGO: MC-FOR-020		
				VERSIÓN:1		
				FECHA: 04-05-2022		
Lugar:	MA ELECTRONIKA		TIPO DE EXTINTOR:		Multiproposito	
FECHA:	02/03/2024		UBICACIÓN:		Piso 3	
RECIPIENTE						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES		
El contenedor se encuentra en buen estado, sin corrosión, abolladuras, reparaciones o soldaduras	X					
El estado de la pintura es bueno	X					
Las roscas se encuentran en buen estado, sin corrosión o torceduras	X					
El soporte o agarradera está en buen estado	X					
Las etiquetas estan en buen estado son legibles y contienen información sobre tipo de extintor y forma de uso	X					
MANGUERA Y BOQUILLA						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES		
La condición general de la manguera es buena	X					
La boquilla se encuentra en buen estado, sin obstrucciones	X					
Los acople o unión giratoria se encuentra en buen estado	X					
Las roscas se encuentran en buen estado, sin desgastes o torceduras	X					
VALVULA (MANÓMETRO)						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES		
El cristal del manómetro se encuentra en buen estado	X					
El manómetro se encuentra en buen estado, sin torceduras o corrosión	X					
El cuadrante es legible y no se encuentra descolorido	X					
La aguja indicadora de presión se encuentra en buen estado	X					
MANIJA						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES		
La manija de transporte se encuentra en buen estado	X					
La manija de descarga se encuentra en buen estado	X					
Se encuentra ubicado el pasador de seguridad del extintor	X					
El pasador cuenta con un seguro plástico para evitar su salida accidental	X					
UBICACIÓN						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES		
La altura del extintor respecto al suelo es adecuada, mínimo 0,1 m.-máximo 1,1 m.	X					
El sitio donde se encuentra el extintor es el adecuado	X					
El extintor es apropiado para el tipo de riesgo	X					
El extintor es suficiente para el apoyo requerido	X					
INFORMACIÓN GENERAL						
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES		
La carga del extintor se encuentra vigente	X					
Indique la fecha de vencimiento				Marzo 2024		
Indique la fecha de recarga				Marzo 2023		
El extintor es operativo	X					
Las condiciones del agente extintor son adecuadas, no se encuentra cementado (Para verificarlo gire el extintor boca abajo y arriba y verifique el movimiento del agente extintor)	X					
Tiene foro protector		X				
Daniel Jiménez Mora	Administración					
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA INSPECCION	DEPARTAMENTO			FIRMA		

	INSPECCIÓN DE EXTINTORES			CODIGO: MC-FOR-020	
				VERSIÓN:1	
				FECHA: 04-05-2022	
Lugar:	MA ELECTRONIKA		TIPO DE EXTINTOR:		Multiproposito
FECHA:	02/03/2024		UBICACIÓN:		TALLER
RECIPIENTE					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
El contenedor se encuentra en buen estado, sin corrosión, abolladuras, reparaciones o soldaduras	X				
El estado de la pintura es bueno	X				
Las roscas se encuentran en buen estado, sin corrosión o torceduras	X				
El soporte o agarradera está en buen estado	X				
Las etiquetas estan en buen estado son legibles y contienen información sobre tipo de extintor y forma de uso	X				
MANGUERA Y BOQUILLA					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
La condición general de la manguera es buena	X				
La boquilla se encuentra en buen estado, sin obstrucciones	X				
Los acople o unión giratoria se encuentra en buen estado	X				
Las roscas se encuentran en buen estado, sin desgastes o torceduras	X				
VALVULA (MANÓMETRO)					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
El cristal del manómetro se encuentra en buen estado	X				
El manómetro se encuentra en buen estado, sin torceduras o corrosión	X				
El cuadrante es legible y no se encuentra descolorido	X				
La aguja indicadora de presión se encuentra en buen estado	X				
MANIJA					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
La manija de transporte se encuentra en buen estado	X				
La manija de descarga se encuentra en buen estado	X				
Se encuentra ubicado el pasador de seguridad del extintor	X				
El pasador cuenta con un seguro plástico para evitar su salida accidental	X				
UBICACIÓN					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
La altura del extintor respecto al suelo es adecuada, mínimo 0,1 m.-máximo 1,1 m.	X				
El sitio donde se encuentra el extintor es el adecuado	X				
El extintor es apropiado para el tipo de riesgo	X				
El extintor es suficiente para el apoyo requerido	X				
INFORMACIÓN GENERAL					
Señale como SI (X) cuando el ítem se cumpla y como NO (X) cuando no se cumpla	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	
La carga del extintor se encuentra vigente	X				
Indique la fecha de vencimiento				Marzo 2024	
Indique la fecha de recarga				Marzo 2023	
El extintor es operativo	X				
Las condiciones del agente extintor son adecuadas, no se encuentra cementado (Para verificarlo gire el extintor boca abajo y arriba y verifique el movimiento del agente extintor)	X				
Tiene foro protector		X			
Daniel Jiménez Mora	Administración				
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA INSPECCION	DEPARTAMENTO			FIRMA	

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INSPECCIÓN DE EXTINTORES Y CAMILLAS

FECHA INSPECCION: 08/03/2024 RESPONSABLE: Andrés Ortega AREA / PROYECTO: Bodega

Convención: C: Conforme NC: No Conforme NA: No Aplica

INSPECCION EXTINTORES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	TIPO DE EXTINTOR	UBICACIÓN	CAPACIDAD	FECHA ULTIMA RECARGA	MANOMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	MANGUERA	BOQUILLA	MANIJA	CILINDRO	PINTURA	SEÑALIZACIÓN	ACCESO	VISIBILIDAD	BASE DEL CILINDRO
1	Bodega	Multi propósito	Bodega	20 Lbs	Abril 2023	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

INSPECCION CAMILLAS										
Nº	IDENTIFICACIÓN	TIPO DE EXTINTOR	UBICACIÓN	Instalación (Sitio de ubicación)	Señalización	Estado del soporte	Correas de seguridad	Sujetadores para agarre	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	Inmovilizador de cuello

OBSERVACIONES

Firma: Andrés Ortega

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INSPECCIÓN DE EXTINTORES Y CAMILLAS

FECHA INSPECCION: 02/03/2024 RESPONSABLE: Andrés Ortega AREA / PROYECTO: Camioneta

Convención: C: Conforme NC: No Conforme NA: No Aplica

INSPECCION EXTINTORES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	TIPO DE EXTINTOR	UBICACIÓN	CAPACIDAD	FECHA ULTIMA RECARGA	MANOMETRO	PASADOR DE SEGURIDAD	MANGUERA	BOQUILLA	MANIJA	CILINDRO	PINTURA	SEÑALIZACIÓN	ACCESO	VISIBILIDAD	BASE DEL CILINDRO
1	KMH-744 Camioneta	Multigrado	Camioneta	10 lbs	Feb 2023	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

INSPECCION CAMILLAS										
Nº	IDENTIFICACIÓN	TIPO DE EXTINTOR	UBICACIÓN	Instalación (Sitio de ubicación)	Señalización	Estado del soporte	Correas de seguridad	Sujetadores para agarre	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	Inmovilizador de cuello

OBSERVACIONES

Firma: Andrés Ortega

		AH3 SAS							Código: FT-INEX-036	
		INSPECCION DE EXTINTORES							Emisión: 23/01/2018	
									Versión: 001-2017	
EXTINTORES										
Fecha: 04 de marzo de 2024							Ubicación: Museo Nacional			
EXTINTOR	CLASE DE EXTINTOR	FECHA REVISIÓN			ESTADO EXTINTOR	PROXIMA RECARGA			ACCIÓN CORRECTIVA	DESCRIPCIÓN/FECHA DE LA CORRECCIÓN EFECTUADA
		D	M	A		M	A	#		
1	ABC	4	3	24	Bueno	10	24	1	Ninguna	Ninguno
2	ABC	4	3	24	Bueno	10	24	2	Ninguna	Ninguno
3										
4										
5										
6										
PARAMETROS A EVALUAR EN LA INPECCION: El estado externo del extintor y su etiqueta, el estado de la manguera y la boquilla, la presión del manómetro y el estado de la carga. B= Buen estado R= mantenimiento M= Roto Cambio										

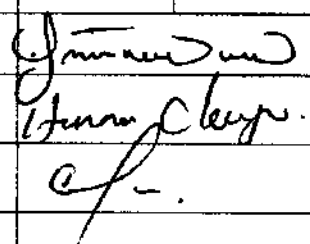
JARDINES Y JARDINEROS DEL SUMAPAZ	INSPECCION GUADAÑAS
NOMBRE DEL OPERADOR	ANIBAL SANCHEZ
MARCA Y REFERENCIA DE GUADAÑADORA	HUSQVARNA

Este chequeo da cuenta del estado inicial del equipo, se realiza diario, semanal o mensual según aplique el operador del equipo diligencia la lista del chequeo y firma como evidencia. El responsable del proyecto (o asistente operativo) revisa el diligenciamiento y los hallazgos descritos, y firma en señal de revisión. En caso de encontrar una falla, avería u otra de no conformidad con el equipo, se describe el hallazgo en el campo "tratamiento" y se anota la fecha en que se realizó. Al terminal la semana, este registro debe entregarse al responsable de proyecto encargado y archivar en la carpeta donde se lleva el historial del equipo.

Verificar que el arranque este en perfectas condiciones	CUMPLE	NO CUMPLE
Limpieza de la bujía calibración 0.6-0.7 mm	✓	
Limpieza del exterior del carburador	✓	
Control del engranaje angulado con grasa ¾ partes	✓	
Comprobar que el filtro y la manguera de combustible estén limpios y en buenas condiciones	✓	
Revisión de todos los cables y conexiones	✓	
Verificación del arnés	✓	
Verificación del estado de la empuñadura y el manillar	✓	
Comprobar que el mando de detención funcione correctamente	✓	
Limpieza del filtro de aire y cambio si aplica	✓	
Verificación del estado del protector de cuchilla	✓	
Verificar que la cuchilla este correctamente centrada	✓	
Control del cabezal del corte	✓	
Revisión de la tuerca de seguridad del equipo de corte	✓	
Verificar que no haya fugas de combustible	✓	
Firma de operador ANIBAL SANCHEZ		
Firma responsable del proyecto HERNAN CLAUDIO - Jefe de Proyecto		Anibal Sanchez
Firma responsable inspección CLAUDIA SIENRA		C/S.
Fecha verificación 18 Feb. 2024		

JARDINES Y JARDINEROS DEL SUMAPAZ	INSPECCION GUADAÑAS
NOMBRE DEL OPERADOR	BLADISNIK
MARCA Y REFERENCIA DE GUADAÑADORA	HUSQVARNA

Este chequeo da cuenta del estado inicial del equipo, se realiza diario, semanal o mensual según aplique el operador del equipo diligencia la lista del chequeo y firma como evidencia. El responsable del proyecto (o asistente operativo) revisa el diligenciamiento y los hallazgos descritos, y firma en señal de revisión. En caso de encontrar una falla, avería u otra de no conformidad con el equipo, se describe el hallazgo en el campo "tratamiento" y se anota la fecha en que se realizó. Al terminal la semana, este registro debe entregarse al responsable de proyecto encargado y archivarse en la carpeta donde se lleva el historial del equipo.

Verificar que el arranque este en perfectas condiciones	CUMPLE	NO CUMPLE
Limpieza de la bujía calibración 0.6-0.7 mm	/	
Limpieza del exterior del carburador	/	
Control del engranaje angulado con grasa ¾ partes	/	
Comprobar que el filtro y la manguera de combustible estén limpios y en buenas condiciones	/	
Revisión de todos los cables y conexiones	/	
Verificación del arnés	/	
Verificación del estado de la empuñadura y el manillar	/	
Comprobar que el mando de detención funcione correctamente	/	
Limpieza del filtro de aire y cambio si aplica	/	
Verificación del estado del protector de cuchilla	/	
Verificar que la cuchilla este correctamente centrada	/	
Control del cabezal del corte	/	
Revisión de la tuerca de seguridad del equipo de corte	/	
Verificar que no haya fugas de combustible	/	
Firma de operador BLADISNIK. BARRON		
Firma responsable del proyecto GERALAN CLAYTON		
Firma responsable inspección CLAUDIA SICHA		
Fecha verificación 18-02-24.		

Responsable de inspeccion: CRISTIAN CAMARGO

Semana de inspeccion:

Cedula: 1093182256

Firma:

Del: 12/03/24

Al: 16/03/2024

HERRAMIENTAS	ESTÁNDARES DE SEGURIDAD	SI	NO	N.A.
Llaves de expansión	El Sinfin está en buen estado libre de desgastes o hilos quebrados y se			
	Boca libre de deformaciones o grietas, ajusta sin torcerse.			
	La cremallera y el sinfin ajustan sin juego que permita que se suelten.			
	Está original, no presenta signos de reparacion.			
Llaves mixtas	Las estrias de las llaves están a escuadra.			
	Las bocas de las llaves fijas están originales, sin desbastarlas.			
	Las llaves conservan su forma original, no están torcidas o dobladas.			
	Las bocas de las llaves están libres de deformaciones o grietas y están			
	Hay llaves suficientes en tamaños y dimensiones en tal forma que no es			
Martillos	El mango de los martillos está acuñado con seguridad y encaja en la	✓		
	Los mangos de los martillos están libres de asperezas y astillas.	✓		
	Las cabezas de los martillos están libres de rebabas	✓		
Pinzas	Las quijadas están sin desgastes o melladas y mangos en buen estado, sin			
	El tornillo o pasador en buen estado, no hay juego de las quijadas.			
Alicate	Las quijadas están sin desgastes o melladas y mangos en buen estado, sin			
	El tornillo o pasador en buen estado, no hay juego de las quijadas.			
	La parte cortante está afilada y no está mellada.			
Pinza de presión	El Sinfin está en buen estado libre de desgastes o hilos quebrados y se	✓		
	El dispositivo de fijación ajusta correctamente, no se suelta.	✓		
	Boca libre de deformaciones o grietas, ajusta sin torcerse.	✓		
Destornilladores	Los mangos están libres de roturas, sueltos o partidos	✓		
	La hoja y el vástago están alineados, sin torceduras.	✓		
	Las palas están a escuadra, las estrias afiladas y limpias.	✓		
	Los mangos aislados.	✓		
Ratches	El mecanismo de reversión funciona adecuadamente sin retenciones.			
	Los dados son en cantidad y dimensiones suficientes para los trabajos			
	Las estrias de los dados están a escuadra.			
En general	Todas las herramientas están libres de aceites y materiales deslizantes.	✓		
	Las herramientas se trasladan en cajas adecuadas, diseñadas para tal fin.	✓		
	Las herramientas se guardan en tal forma que no se deterioran unas con	✓		
	Hay un sistema de reposición de herramientas, los trabajadores lo	✓		
	Las herramientas dañadas o deterioradas se cambian oportunamente, no	✓		

Observaciones genetales Se inspecciona instalación eléctrica, todo lo pector. Sin novedades
12/03/2024 13/03/2024 14/03/2024

Firma Responsable:

Cedula:

1093182256

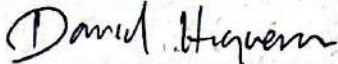
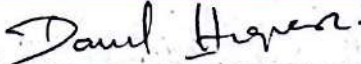
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

Proyecto: Transmilenio Norte -
Reparación Motores Inspeccionado por: Andrés Ortega Fecha: 07/03/2024

CONDICIONES ENCONTRADAS																											
Equipo	Mango	Mordazas / Quijadas	Mazos o cabezas	Partes metálicas	Punto de Operación	Mandril	Sistema eléctrico	Cable de conexión	Filos o puntas	Sistema de encendido	Hojas o discos	Guardas de seguridad	Engrase de las piezas	Guayas	Motor	Ruedas	Baterías	Pantallas	Sistemas de medición	Cajas o maletines de empaque	Puestas a tierra	Mangueras	Acoples	Mantenimiento	Almacenamiento	Puesta a tierra	
Pinza Cortaampermetro	B	B	B	B	B	N/A	B	B	B	B	N/A	B	N/A	N/A	N/A	N/A	B	B	B	B	B	N/A	N/A	B	B	B	
Kit Llaves Tubo	B	B	B	B	B	N/A	N/A	N/A	B	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	N/A	N/A	N/A	B	B	B	
Kit Llaves Plazo	B	B	B	B	B	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	N/A	N/A	N/A	B	B	N/A	
Kit Pinzas	B	B	B	B	B	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	N/A	N/A	N/A	B	B	N/A	
Kit Destornilladores	B	N/A	B	B	B	N/A	N/A	B	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	N/A	N/A	N/A	B	B	N/A	
Kit Palancas	B	N/A	B	B	B	N/A	N/A	B	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	B	N/A	N/A	N/A	B	B	N/A	
Taladro	B	B	B	B	B	B	B	N/A	B	B	N/A	B	B	N/A	B	N/A	N/A	N/A	N/A	B	B	N/A	B	B	B	B	
Firma Responsable	Andres Ortega										Fecha próxima inspección:																

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo
Requiere Mantenimiento: Si: No: X Correctivo: Preventivo:

DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO:

	AH3 SAS																								Código: FT-IPHE-041	
	INSPECCION PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS																								Fecha de Emisión: 23/01/2018	
																									Versión: 001-2017	
Fecha de elaboración: 04 de marzo de 2024												Semana desde: _____ hasta: _____												año: _____		
PREGUNTAS	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO			Observaciones				
	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	Favor nombrar herramientas				
Están las herramientas de mano o manuales a utilizar en buen estado?	x																					Grasera, Llaves fijas, alicates, hombresolos, destornilladores				
Están las herramientas electricas a utilizar en buen estado? <small>* Solicite apoyo de tecnico electricista para su revision</small>	x																					Hidrolavadora, Sopladora				
Están las herramientas neumaticas a utilizar en buen estado?			x																							
Están las herramientas hidraulicas a utilizar en buen estado?			x																							
Otras herramientas:			x																							
OBSERVACION: (Si la herramienta revisada no esta en buen estado favor no usar, reportar a supervisor y entregar al area de contenedor de herramientas)																										
DEFINICIONES																										
Herramientas de mano o manuales: Estas se caracterizan por amplificar o reducir alguna de las funciones de mano, esto puede significar mas impacto como el martillo, mayor fuerza de tomar como los alicates, mayor torsión como llaves.																										
Herramientas eléctricas: Son aquellas alimentadas por electricidad, como es el caso de taladros, sierras, pulidoras, esmeriles, entre otras.																										
Herramientas neumaticas: Son aquellas alimentadas por aire comprimido, como es el caso de martillos neumáticos, vibradores, taladros, lijadoras.																										
Herramientas hidraulicas: Son aquellas que su fuerza motriz es generada por un sistema hidráulico (aceite) a presión y se utiliza en herramientas que requieren alta potencia, como extractores y prensas.																										
FIRMA DEL ENCARGADO												FIRMA DEL SUPERVISOR														
																										
Nombre completo, Cédula												Nombre completo, Cédula														



PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha: 11/12/23

Versión: 1

PERIODO DE INSPECCIÓN:

DEL 19 AL 25 DE FEBRERO DEL 2024

EMPRESA:

FORMAS METÁLICAS MERCUR S.A.S.

UBICACIÓN:

INSTALACIONES CLIENTE - RODEGA

INSPECTOR SST:

Maria Fernanda Merchan Pacheco

NOTA IMPORTANTE:

La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE al instalador en supervisión del Inspector SST

No	HERRAMIENTA	CANT	LUN.			MAR.			MIE.			JUE.			VEN.			SAB.			DOM.			OBSERVACIÓN
			S	M	NA	S	M	NA	S	M	NA	S	M	NA	S	M	NA	S	M	NA	S	M	NA	
1	Llaves	8	X			/			/			/			/			/			/			
2	Nivel	2	X			/			/			/			/			/			/			
3	Alicates	2	X			/			/			/			/			/			/			
4	Destornillador	3	X			/			/			/			/			/			/			
5	Hombresolo	3	X			/			/			/			/			/			/			
6	Remachadora	2	X			/			/			/			/			/			/			
7	Pinzas	2	X			/			/			/			/			/			/			
8	Rache	1	X			/			/			/			/			/			/			
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								

Se pueden utilizar las herramientas?

X No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No

Vale Prof. SST

NOMBRE DE TRABAJADOR:

Jackson Jackson Jackson Jackson Jackson Jackson Jackson

NOMBRE TRABAJADOR:

Jackson Jackson Jackson Jackson Jackson Jackson Jackson

NOMBRE DE INSPECTOR SST:

Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria

NOMBRE INSPECTOR SST:

Maria Fernanda Maria Maria Maria Maria Maria Maria

OBSERVACIONES GENERALES:

DA 1.

DA 2.

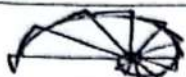
DA 3.

DA 4.

DA 5.

DA 6.

DA 7.



PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

Fecha: 01/02/23
Versión: 1

PERIODO DE INSPECCIÓN:		DEL 04 AL 10 DE MARZO DEL 2024		EMPRESA		FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.																			
UBICACIÓN		INSTALACIONES CLIENTE - BODEGA		INSPECTOR SST		María Fernanda Merchan Pacheco																			
NOTA IMPORTANTE		La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE al trabajador en supervisión del inspector SST																							
No.	HERRAMIENTA	CANT.	LUN.			MAR.			MIE.			JUEV.			VIÉ.			SAB.			DOM.			OBSERVACIÓN	
			B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA		
1	Llaves	8	x			y			n			x			f			y							
2	Nivel	2	x			y			y			x			y			x							
3	Alicates	2	x			y			y			x			y			y							
4	Destornillador	3	x			y			y			y			y			y							
5	Hombresolo	3	x			y			y			x			y			x							
6	Remachadora	2	x			x			y			x			y			x							
7	Pinzas	2	x			y			y			x			y			y							
8	Rache	1	x			y			y			y			f			y							
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
Se pueden utilizar las herramientas?			x	No		y	No		y	No		si	No		si	No		si	No		si	No			
NOMBRE DE TRABAJADOR			Edwin			Edwin			Edwin			Edwin			Edwin			Edwin							
FIRMA DE TRABAJADOR			Edwin			Edwin			Edwin			Edwin			Edwin			Edwin							
NOMBRE DE INSPECTOR SST			María Fernanda			maria			maria			maria			maria			maria							
FIRMA INSPECTOR SST			María Fernanda			maria			maria			maria			maria			maria							
OBSERVACIONES GENERALES:																									
DIA 1.																									
DIA 2.																									
DIA 3.																									
DIA 4.																									
DIA 5.																									
DIA 6.																									
DIA 7.																									

Vo.Bo. Prof. SST
María F. Merchan
Profesional SST



PREOPERACIONAL DE HERRAMIENTA MENOR

PERIODO DE INSPECCION:

DEL 11 AL 17 DE MARZO DEL 2024

EMPRESA

FORMAS METALICAS INDUSTRIALES

UBICACION

METALACIONES CLIENTE - BODEGA

INSPECTOR SST

Maria Fernanda Merchan Pacheco

NOTA IMPORTANTE

La inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE el trabajador en supervisión del inspector SST

No	HERRAMIENTA	CANT	LUN			MAR			MIE			JUE			VIE			SAB			DOM			OBSERVACION
			B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	
1	Llaves	8	X		/			/			/			/			/			/				
2	Nivel	2	X		/			/			/			/			/			/				
3	Alicates	2	X		/			/			/			/			/			/				
4	Destornillador	3	X		/			/			/			/			/			/				
5	Hombresolo	3	X		/			/			/			/			/			/				
6	Remachadora	2	X		/			/			/			/			/			/				
7	Pinzas	2	X		/			/			/			/			/			/				
8	Rache	1	X		/			/			/			/			/			/				
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
Se pueden utilizar las herramientas?			X	No	/	No	/	No	/	No	/	No	/	No	/	No	/	No	/	No	/	No		
NOMBRE DE TRABAJADOR			Ender																					
FIRMA DE TRABAJADOR			Ender																					
NOMBRE DE INSPECTOR SST			Maria Fernanda																					
FIRMA INSPECTOR SST			Maria Fernanda																					
OBSERVACIONES GENERALES:																								
DIA 1.																								
DIA 2.																								
DIA 3.																								
DIA 4.																								
DIA 5.																								
DIA 6.																								
DIA 7.																								

Visto Por: SST

Maria F.
Profes



FORMATO DE INSPECCIÓN DE KIT DE MANEJO DE DERRAME

CÓDIGO	GI-PR-80
VERSIÓN	1
FECHA DE APROBACIÓN	21/02/2020

PROYECTO: Transmilenio PRY No. _____ LOCALIZACIÓN: Camioneta

CODIGO INTERNO: _____ MODELO: _____ MARCA: _____
 SEMANA: DESDE 18/02/24 HASTA 17/02/24 ULTIMO MTTO.: TIPO _____ HRS _____ FECHA 1/1/1

DIAS	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
FECHA														
NOMBRE DEL OPERADOR														
CONDICIONES GENERALES	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Ubicación (Protección condiciones ambientales)	X		X		X		X		X		X		X	
Señalización y visibilidad	X		X		X		X		X		X		X	
Acceso (facilidad de puesta en uso - no candados; no obstáculos en el área para acceso)	X		X		X		X		X		X		X	
Estado de empaque (maletín o barril...)	X		X		X		X		X		X		X	
Maletín / Contenedor (N.A. para Kit en Vehículos)	X		X		X		X		X		X		X	
Bolsas Rojas	X		X		X		X		X		X		X	
Paño Absorbente tela Oleofílica (N.A. para Kit en Vehículos)	X		X		X		X		X		X		X	
Pala plástica (debe ser pequeña para Kit en vehículos)	X		X		X		X		X		X		X	
Barrera Absorbente Pequeña tipo Gusano (N.A. para Kit en Vehículos)	X		X		X		X		X		X		X	
Cinta de Señalización	X		X		X		X		X		X		X	
Etiquetas de residuos peligrosos	X		X		X		X		X		X		X	
Paleta Pare - Siga (aplica solo para Kit en Vehículos)	X		X		X		X		X		X		X	
Overol Tyvek	X		X		X		X		X		X		X	
Gafas de seguridad	X		X		X		X		X		X		X	
Gautes de Nitrilo	X		X		X		X		X		X		X	
Mascarilla protección vapores orgánicos	X		X		X		X		X		X		X	
OTRO	X		X		X		X		X		X		X	

FIRMA DEL OPERADOR

Andres Ortega

FIRMA DEL HSEQ

Gusella Navarrete

OBSERVACIONES:

V.B. SUPERVISOR (MANTENIMIENTO Y/O HSE): _____

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO DE INSPECCIÓN GENERAL DE SEGURIDAD

LUGAR:

Bodega

FECHA:

07/03/2024

RESPONSABLE:

Andrés Ortega

CARGO:

Tec. Hto

ASPECTOS A INSPECCIONAR	Cumple	No Cumple	N.A	OBSERVACIONES
CONDICIONES DE SEGURIDAD				
Señalización del área de trabajo	✓			Lugar de Trabajo señalizado y en orden
Iluminación del área de trabajo	✓			
Personal capacitado	✓			
Botiquín en el área de trabajo	✓			
Camilla en el área de trabajo	✓			
Ruta de evacuación y punto de encuentro	✓			
Pasillos libres y de fácil tránsito	✓			
Condiciones climáticas	✓			
Listado de números de emergencia, en lugar visible y acceso a todos los trabajadores	✓			
REDES ELÉCTRICAS				
Estado adecuado de redes eléctricas	✓			Puntos eléctricos en buen estado
Estado adecuado de tomas e interruptores	✓			
Uso de conexiones eléctricas seguras	✓			
Uso de extensiones con clavijas completas y seguras	✓			
Estado de cables de equipos de cómputo (organizados, recogidos, etc.)	✓			
Aseo de lámparas y luminarias	✓			
Cierre de circuitos para trabajos y mantenimientos	✓			
Señalización de líneas vivas y condenación de circuitos durante las actividades.	✓			
Señalización de circuitos, tacs, etc.	✓			
ORDEN Y ASEO				
Aseo de baños (portátiles y fijos)	✓			Se mantiene orden y aseo
Aseo frentes de trabajo	✓			
Orden y aseo del almacén	✓			
Aseo de Estaciones de Transmilenio después de trabajos	✓			
Acopios (prefabricados, granulares y escombros)	✓			
Acopio de reciclables	✓			
Aseo y estado de herramienta menor	✓			
Aseo de Señales para su visualización	✓			
Cantidad de canecas o bolsas, para la basura	✓			
Aseo de maquinaria y equipos	✓			
Orden de estantes, bibliotecas y gavetas para archivo			✓	
Orden y aseo de oficinas			✓	
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL				
Uso de los elementos de protección personal (dotación de acuerdo a las necesidades, control de uso, renovación)	✓			
Estado de los elementos de protección personal (aseo, etc.)	✓			
Estado de los equipos de protección personal (equipo trabajo en alturas, caretas, petos, etc.)	✓			
DEMARCACIÓN Y SEÑALIZACIÓN				
Acopio adecuado de materiales	✓			
Señalización de acopios	✓			
Acopio adecuado de documentos de archivo			✓	
Señalización del área de trabajo	✓			
Señalización de los vehículos sobre calzadas del sistema	✓			

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REGISTRO DE INSPECCIÓN GENERAL DE SEGURIDAD

LUGAR: Bodega

FECHA: 07/03/2024

RESPONSABLE: Andrés Ortega

CARGO: Tec. MTO

ASPECTOS A INSPECCIONAR	Cumple	No Cumple	N.A	OBSERVACIONES
Señalización e identificación de vehículos	✓			
Identificación "carnet" trabajadores	✓			
ACCESOS				
A Equipos de emergencia	✓			
Frente de trabajo	✓			
ASPECTOS AMBIENTALES				
Control en la generación de material particulado	✓			
Control en la generación de olores (lavar áreas después de la labor)	✓			
Control en la generación de ruido	✓			
Buenas practicas en la disposición de aguas residuales	✓			
Control en situaciones de Derrames	✓			
PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SEGURO				
Permiso de trabajo, para la actividad y el horario correspondiente	✓			Todo se da separado y en acopio.
Charla pre operacional, o capacitación en el riesgo	✓			
Inspecciones pre operacionales de maquinas, herramientas, equipos y vehículos	✓			
Cursos de TSA (Trabajo Seguir en Alturas) personal	✓			
Curso de coordinador de TSA	✓			
Inspecciones de EPP y equipos, previo actividad	✓			
Certificados de andamios, escaleras, plataformas	✓			
Ensamble adecuado de andamios, escaleras y plataformas portátiles	✓			
Pagos de seguridad social personal	✓			
Realización de pausas activas, durante la jornada de trabajo	✓			
Sillas y escritorios en buen estado, y adecuados para las actividades			✓	
ALMACENAMIENTO DE SISTANCIAS QUÍMICAS				
Se cuenta con inventario actualizado de sustancias químicas	✓			
Las sustancias químicas están identificadas y correctamente señalizadas de acuerdo a la peligrosidad	✓			
Se disponen de las hojas de seguridad de todos los productos que se usan	✓			
El almacenamiento de los productos químicos peligrosos se hace evitando incompatibilidades	✓			
Las áreas de almacenamiento, cuentan con suficiente iluminación y ventilación	✓			
Los envases de las sustancias están en buenas condiciones, y con tapa	✓			
Se cuenta con medidas de contención y protección en caso de derrames	✓			
Se cuenta con kit para atención de derrames	✓			

Andrés Ortega
FIRMA RESPONSABLE

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CONTROL DE AMBIENTE DE TRABAJO- MEDICIÓN DE GASES

LUGAR	FECHA	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	MEDIDAS INICIALES			TRABAJO AUTORIZADO		OBSERVACIONES
			O2	CO2	H2S	SI	NO	
Portal Tunal.	21-02-2024	MTTO Preventivo	20.8		0.1	✓		
Estación: AVIDE Mayo	22-02-2024	MTTO Preventivo	20.8		0.1	✓		
Portal USMEL	02-03-2024	MTTO Preventivo	20.8		0.2	✓		
Portal Suba	06-03-2024	MTTO Preventivo	20.8		0.0	✓		
Estación Museo Nacional	05-03-2024	MTTO Preventivo	20.8		0.0	✓		

	AH3 SAS		Código: FT- INOA-040										
	INSPECCION ORDEN Y ASEO PROYECTO		Emisión: 23/01/2018										
			Versión: 001-2017										
FECHA: <u>04 de marzo de 2024</u> LUGAR: <u>Museo Nacional</u>													
FUNCIONARIOS: <u>Juan, Luis, Tomas, Duvan, Octavio</u>													
AREA A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES DE MEJORA									
	SI	NO	NA										
Herramientas almacenadas en el lugar adecuado	x												
Instalaciones eléctricas en buen estado.	x												
Tomas eléctricas sin sobre carga de artefactos.	x												
Area de trabajo sin rastros de alimentos o residuos de estos.	x												
Cables e instalaciones eléctricas ordenadas, sin peligro de enredarse.	x												
Pasillos libre de obstrucción	x												
Ropa de trabajo limpia.	x												
Elementos de protección personal limpios y organizados	x												
Residuos peligrosos dispuestos de forma correcta	x												
Pisos limpios sin regueros ocasionados por la operacion.	x												
TOTAL PUNTOS	10												
OBSERVACIONES GENERALES													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 20%;">EXCELENTE</td> <td style="width: 40%;">Cumple 10 puntos</td> <td style="width: 40%;">100%</td> </tr> <tr> <td>POR MEJORAR</td> <td>Cumple 7 - 9 puntos</td> <td>60 - 99%</td> </tr> <tr> <td>DEFICIENTE</td> <td>Cumple 1 - 6 puntos</td> <td>1 - 59%</td> </tr> </table>					EXCELENTE	Cumple 10 puntos	100%	POR MEJORAR	Cumple 7 - 9 puntos	60 - 99%	DEFICIENTE	Cumple 1 - 6 puntos	1 - 59%
EXCELENTE	Cumple 10 puntos	100%											
POR MEJORAR	Cumple 7 - 9 puntos	60 - 99%											
DEFICIENTE	Cumple 1 - 6 puntos	1 - 59%											
RESPONSABLE DE INSPECCION: <u>Juan Higueras</u>													



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: WG-SST-FR-25

PREOPERACIONAL PLANTA ELECTRICA

Fecha 11-01-2022

VERSION 01

Marca:	Nissan	SERIE	003	Obra	Transmision
Inspecciono:		Cargo			
Inspecciono:	Carlos Acuña	Cargo			
Hora desde:		Semana del:	819-02-24	al:	24-02-24

Descripción del trabajo :

	C: CUMPLE	NC: NO CUMPLE	N/A: NO APLICA
Casco de Seguridad	C	Tapaboca	Arnes
Gafas	C	Respirador con filtro	Impermeable
Tapaoídos	C	guantes de carnaza	Lnea de vida
Guantes de Nitrilo		Botas punta de acero	Otros

ESPECIFICAR OTRO EPP:

DESCRIPCIÓN	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A
Selector de arranque en buen estado y en funcionamiento?	X			X			X			X			X			X			X		
Nivel de combustible	X			X			X			X			X			X			X		
Nivel refrigerante	X			X			X			X			X			X			X		
Nivel de aceite	X			X			X			X			X			X			X		
Correa ventilador radiador en buen estado?	X			X			X			X			X			X			X		
El radiador se encuentra libre de obstáculos?	X			X			X			X			X			X			X		
El voltaje de la batería es adecuado para su funcionamiento?	X			X			X			X			X			X			X		
Las conexiones borne de batería positivo están en buen estado?	X			X			X			X			X			X			X		
Las conexiones borne de batería negativo en buenas condiciones?	X			X			X			X			X			X			X		
Presenta fuga en el sistema de lubricación?	X			X			X			X			X			X			X		
Presenta fuga en el sistema de combustible?	X			X			X			X			X			X			X		
El breaker se encuentra en buen estado?	X			X			X			X			X			X			X		
Las tomas se encuentran en buenas condiciones?	X			X			X			X			X			X			X		
El nivel de combustible se encuentra en funcionamiento?	X			X			X			X			X			X			X		
La estructura de la planta se encuentra en buen estado?	X			X			X			X			X			X			X		
Planta tiene su respectivo polo a tierra?	X			X			X			X			X			X			X		

OBSERVACIONES:



FIRMA TRABAJADOR 1

FIRMA TRABAJADOR 2

FIRMA INSPECTOR SST

NOTA : La inspeccion preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE el OPERADOR del equipo. En caso de necesitar ayuda adicional o de detectar ruidos extraños en la herramienta debe informarle a su SUPERVISOR o al encargado de MANTENIMIENTO en el lugar de trabajo.

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PULIDORAS

Código SST-FI-04

GESTIÓN INTEGRAL

Versión 01

1/03/2024

PROYECTO:	transmilenio Portal Americas			UBICACION:	baños.		
PROVEEDOR:	AMYCIA.			SERIE:	11017.		
ACTIVIDAD:	enchape poseto.			MARCA:	Cinhell		
SEMANA DEL	12/03/2024	AL	16/03/2024	DE			

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES	VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)	N/A		✓		✓		✓		N/A	N/A		N/A	
Estado del interruptor de encendido y su seguro			✓		✓		✓						
Estado del accesorio portadiscos			✓		✓		✓						
Estado del mango			✓		✓		✓						
Estado del cuerpo			✓		✓		✓						
Estado accesorio RPM (8500 - 15000)			✓		✓		✓						
Estado general de la guía y la guarda			✓		✓		✓						
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)			✓		✓		✓						
Condiciones de orden y aseo			✓		✓		✓						

OTROS

N/A.

INSPECCIONADO POR:
SUPERVISOR DE SST

Manuel
Manuel F.

OBSERVACIONES:

el jueves no se uso la pulidora

FIRMA DEL TRABAJADOR

[Firma]

														PREOPERACIONAL DE PULIDORA										FECHA: 11/11/2027	
														DATOS GENERALES										Versión: 2	
EMPRESA:				FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.										SERIE				955GHN							
MODELO:				MAKITA				LUGAR DE UBICACIÓN:				BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE													
SEMANA DE INSPECCIÓN:				DEL 19 AL 25 DE FEBRERO DE 2024																					
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO), M (MALO)																									
No	ASPECTO A REVISAR	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		DOM		OBSERVACIÓN									
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M										
1	Estado General del Mango de agarre	X		/		/		/		/		/		/											
2	Estado General del Interruptor	X		/		/		/		/		/		/											
3	Estado General de las escobillas	X		/		/		/		/		/		/											
4	Estado General del Cable Eléctrico o de Potencia	X		/		/		/		/		/		/											
5	Estado General de la Carcasa	X		/		/		/		/		/		/											
6	Estado de la Guarda	X		/		/		/		/		/		/											
7	Estado General de la Arandela que asegure el Disco	X		/		/		/		/		/		/											
8	El Disco Cumple con las Especificaciones Técnicas de la Pulidora	X		/		/		/		/		/		/											
9	Otro:	N/A		NA		NA		NA		NA		NA		NA											
10	Otro:	N/A		NA		NA		NA		NA		NA		NA											
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Yo Bo Prof. SST									
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson											
FIRMA DE TRABAJADOR:		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson											
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda											
FIRMA INSPECTOR SST:		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda		María Fernanda											
NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA																									
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																									
DIA 1.																									
DIA 2.																									
DIA 3.																									
DIA 4.																									
DIA 5.																									
DIA 6.																									
DIA 7.																									

PREOPERACIONAL DE PULIDORA															FECHA:	01/02/22	
DATOS GENERALES															Versión:	2	
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS MERCHANT S.A.S.					SERIE		9560HN								
MODELO:		MAKITA		LUGAR DE UBICACION:		BODEGA - INSTALACIONES DEL CUENTE											
SEMANA DE INSPECCION:		DEL 26 AL 03 DE MARZO DE 2024															
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																	
No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIE.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
1	Estado General del Mango de agarre	X		X		X		X		X		X		X			
2	Estado General del Interruptor	X		X		X		X		X		X		X			
3	Estado General de los escobillas	X		X		X		X		X		X		X			
4	Estado General del Cable Eléctrico o de Potencia	X		X		X		X		X		X		X			
5	Estado General de la Cercosa	X		X		X		X		X		X		X			
6	Estado de la Guardia	X		X		X		X		X		X		X			
7	Estado General de la Arandela que asegura el Disco	X		X		X		X		X		X		X			
8	El Disco Cumple con las Especificaciones Técnicas de la Pulidora.	X		X		X		X		X		X		X			
9	Otro:	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
10	Otro:	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	Vc Bo Prof. SST	
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin															
FIRMA DE TRABAJADOR:		Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin															
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria															
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria															
NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA																	
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																	
DIA 1.																	
DIA 2.																	
DIA 3.																	
DIA 4.																	
DIA 5.																	
DIA 6.																	
DIA 7.																	

Maria F. Merchán
 Profesional SST

PREOPERACIONAL DE PULIDORA															FECHA: 01/02/22	
DATOS GENERALES																
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS METCHAN S.A.S.						SERIE		955GHN						
MODELO:		MAKITA		LUBRIFICACIÓN:		RODEA - INSTALACIONES DEL CLIENTE										
SEMANA DE INSPECCIÓN:		DEL 04 AL 10 DE MARZO DE 2024														
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																
No	ASPECTO A REVISAR	LUN		MAR		MIE		JUE		VIE		SAB		DOM		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado General del Mango de agarre	X		Y		X		/		Y		Y				
2	Estado General del Interruptor	X		Y		Y		/		Y		Y				
3	Estado General de las escobillas	X		Y		Y		/		Y		Y				
4	Estado General del Cable Eléctrico o de Potencia	X		Y		Y		/		Y		Y				
5	Estado General de la Carcasa	X		Y		Y		/		Y		Y				
6	Estado de la Guardia	X		Y		Y		/		Y		Y				
7	Estado General de la Arandela que asegura el Disco	X		Y		Y		/		Y		Y				
8	El Disco Cumple con las Especificaciones Técnicas de la Pulidora	X		Y		Y		/		Y		Y				
9	Otro	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				
10	Otro	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin				 María F. Merchán Profesional SST
FIRMA DE TRABAJADOR:		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin				
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		María		maria		maria		maria		maria		maria				
FIRMA INSPECTOR SST:		María		maria		maria		maria		maria		maria				
NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA																
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DÍA 1.																
DÍA 2.																
DÍA 3.																
DÍA 4.																
DÍA 5.																
DÍA 6.																
DÍA 7.																

PREOPERACIONAL DE PULIDORA															FECHA	N°	
DATOS GENERALES															Valor	2	
EMPRESA		FORMAS METALICAS MACHAN R.A.					SERIE			056QHN							
MODELO		MAKITA		LUGAR DE UBICACION			BOBINA - RINTALACIONES DEL CLIENTE										
SEMANA DE INSPECCION		DEL 11 AL 17 DE MARZO DE 2024															
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																	
No.	ASPECTO A REVISAR	LUN		MAR		MIER		JUEV		VIEN		SAB		DOM		OBSERVACIÓN	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
1	Estado General del Mango de agarre	X		/		/		/		/		/		/			
2	Estado General del Interruptor	X		/		/		/		/		/		/			
3	Estado General de las perillas	X		/		/		/		/		/		/			
4	Estado General del Cable Eléctrico o de Potencia	X		/		/		/		/		/		/			
5	Estado General de la Corriente	X		/		/		/		/		/		/			
6	Estado de la Ouesta	X		/		/		/		/		/		/			
7	Estado General de la Arandela que asegura el Disco	X		/		/		/		/		/		/			
8	El Disco Cumple con las Especificaciones Técnicas de la Pulidora	X		/		/		/		/		/		/			
9	Otro	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
10	Otro	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	B	NO	B	NO	B	NO	B	NO	B	NO	B	NO	B	NO
NOMBRE DE TRABAJADOR		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender	
FIRMA DE TRABAJADOR		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender	
NOMBRE DE INSPECTOR SST		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria	
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria	
NOTA IMPORTANTE: La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA																	
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																	
DIA 1.																	
DIA 2.																	
DIA 3.																	
DIA 4.																	
DIA 5.																	
DIA 6.																	
DIA 7.																	

Maria E
Profesional

PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDADURA														FECHA:	1/1/2022	
DATOS GENERALES														Version:	1	
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.										SERIE				
MODELO:		MILLER		LUGAR DE UBICACION:				BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE								
SEMANA DE INSPECCION:		DEL 12 AL 18 DE FEBRERO DE 2024														
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) N (MALO)																
No	ASPECTO A REVISAR	LUN		MAR		MIER		JUEV		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	PINZAS PORTA ELECTRODOS	X		/		/		/		/		/		/		
2	CABLE PORTA ELECTRODOS	X		/		/		/		/		/		/		
3	PINZAS PORTA MASA	X		/		/		/		/		/		/		
4	CABLE PORTA MASA	X		/		/		/		/		/		/		
5	CABLE DE CORRIENTE	X		/		/		/		/		/		/		
6	REGULADOR DE AMPERAJES	X		/		/		/		/		/		/		
7	SWITCH DE ENCENDIDO	X		/		/		/		/		/		/		
8	CARCAZA	X		/		/		/		/		/		/		
9	CLAVIJA	X		/		/		/		/		/		/		
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		/		/		/		/		/		/		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender														
FIRMA DE TRABAJADOR:		Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender														
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		María Fernanda María Fernanda María Fernanda María Fernanda María Fernanda María Fernanda María Fernanda														
FIRMA INSPECTOR SST:		María Fernanda María Fernanda María Fernanda María Fernanda María Fernanda María Fernanda María Fernanda														
NOTA IMPORTANTE: La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA																
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DIA 1.																
DIA 2.																
DIA 3.																
DIA 4.																
DIA 5.																
DIA 6.																
DIA 7.																


María F. Merchán
 Profesional SST

PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDADURA															FECHA:	1/1/2023	
DATOS GENERALES															Versión:	3	
EMPRESA: FORMAS METÁLICAS MERCHANT S.A.S.					SERIE:												
MODELO: MILLER					LUGAR DE UBICACIÓN:					BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE							
SEMANA DE INSPECCIÓN:					DEL 19 AL 25 DE FEBRERO DE 2024												
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																	
No	ASPECTO A REVISAR	LUN		MAR		MIE		JUEV		VIER		SAB		DOM		OBSERVACIÓN	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
1	PIÑAS PORTA ELECTRODOS	X		/		/		/		/		/		/			
2	CABLE PORTA ELECTRODOS	X		/		/		/		/		/		/			
3	PIÑAS PORTA MASA	X		/		/		/		/		/		/			
4	CABLE PORTA MASA	X		/		/		/		/		/		/			
5	CABLE DE CORRIENTE	X		/		/		/		/		/		/			
6	REGULADOR DE AMPERAJES	X		/		/		/		/		/		/			
7	SWITCH DE ENCENDIDO	X		/		/		/		/		/		/			
8	CARGAZA	X		/		/		/		/		/		/			
9	CLAVIA	X		/		/		/		/		/		/			
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		/		/		/		/		/		/			
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	B	NO	S	NO	M	NO	S	NO	S	NO	S	NO		Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Ender															
FIRMA DE TRABAJADOR:		Ender															
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Marta															
FIRMA INSPECTOR SST:		Marta															
<p>NOTA IMPORTANTE: La inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA</p> <p style="text-align: center;">OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO</p>																	
DÍA 1.																	
DÍA 2.																	
DÍA 3.																	
DÍA 4.																	
DÍA 5.																	
DÍA 6.																	
DÍA 7.																	

María F. Merchán
 Profesional SST

PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDADURA															FECHA:	11/1/2023	
DATOS GENERALES															Versión:	3	
EMPRESA:			FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.						SERIE								
MODELO:			MILLER			LUGAR DE UBICACIÓN:			BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE								
SEMANA DE INSPECCIÓN:			DEL 26 AL 03 DE MARZO DE 2024														
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																	
No	ASPECTO A REVISAR	LUN		MAR		MIÉ		JUEV		VIÉ		SAB		DOM		OBSERVACIÓN	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M		
1	PINZAS PORTA ELECTRODOS	X		X		X		X		X		X		X			
2	CABLE PORTA ELECTRODOS	X		X		X		X		X		X		X			
3	PINZAS PORTA MASA	X		X		X		X		X		X		X			
4	CABLE PORTA MASA	X		X		X		X		X		X		X			
5	CABLE DE CORRIENTE	X		X		X		X		X		X		X			
6	REGULADOR DE AMPERAJES	X		X		X		X		X		X		X			
7	SWITCH DE ENCENDIDO	X		X		X		X		X		X		X			
8	CARCAZA	X		X		X		X		X		X		X			
9	CLAVIJA	X		X		X		X		X		X		X			
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		X		X		X		X		X		X			
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO	X	NO		
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		<div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">María F. Merchán</div> <div style="font-size: 0.8em;">Profesional SST</div>	
FIRMA DE TRABAJADOR:		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin		Edwin			
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		María Fernanda		mariaf		mariaf		mariaf		mariaf		mariaf		mariaf			
FIRMA INSPECTOR SST		María Fernanda		mariaf		mariaf		mariaf		mariaf		mariaf		mariaf			
NOTA IMPORTANTE: La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA																	
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																	
DÍA 1.																	
DÍA 2.																	
DÍA 3.																	
DÍA 4.																	
DÍA 5.																	
DÍA 6.																	
DÍA 7.																	

PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDADURA																		FECHA:	1/1/2022
DATOS GENERALES																		Verificación:	2
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.										SERIE							
MODELO:		MILLER		LUGAR DE UBICACIÓN:		BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE													
SEMANA DE INSPECCIÓN:		DEL 04 AL 10 DE MARZO DE 2024																	
Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)																			
No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIÉ.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN			
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M				
1	PINZAS PORTA ELECTRODOS	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
2	CABLE PORTA ELECTRODOS	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
3	PINZAS PORTA MASA	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
4	CABLE PORTA MASA	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
5	CABLE DE CORRIENTE	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
6	REGULADOR DE AMPERAJES	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
7	SWITCH DE ENCENDIDO	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
8	CARCAZA	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
9	CLAVIA	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		Y		Y		Y		Y		Y		Y					
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	Y	NO	Y	NO	Y	NO	Y	NO	Y	NO	Y	NO	Y	NO		
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin																	
FIRMA DE TRABAJADOR:		Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin Edwin																	
NOMBRE DE INSPECTOR SET:		María Fernanda María María María María María																	
FIRMA INSPECTOR SET:		María Fernanda María María María María María																	
NOTA IMPORTANTE: La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																			
DÍA 1.																			
DÍA 2.																			
DÍA 3.																			
DÍA 4.																			
DÍA 5.																			
DÍA 6.																			
DÍA 7.																			

Vo Bo Prof. SST
Maria F. Merchán
 Profesional SST

FECHA:	1/11/2022
Versión:	2

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.		SERIE
MODELO:	MILLER	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 11 AL 17 DE MARZO DE 2024		

Marque con una "X" según corresponda B (BUENO) M (MALO)

[illegible][illegible]

NOTA IMPORTANTE: La Inspección preoperacional debe realizarse ÚNICAMENTE entre el OPERARIO y QUIEN INSPECCIONA

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

DIA 1.	
DIA 2.	
DIA 3.	
DIA 4.	
DIA 5.	
DIA 6.	
DIA 7.	

PROYECTO:	transmilenio portal americanas.			UBICACION:	Varios		
PROVEEDOR:	Amicia.			SERIE:	2243		
ACTIVIDAD:	Enchape poseta.			MARCA:	Cinhell.		
SEMANA DEL	12/03/2024	AL	16/03/2024	DE	taladro Anclombrico.		

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)		N/A	/		/		/		/		N/A		N/A	
Estado del interruptor de encendido y su seguro		/	/		/		/		/		/		/	
Estado del accesorio porta bocas "mandril"		/	/		/		/		/		/		/	
Estado del mango		/	/		/		/		/		/		/	
Estado del cuerpo		/	/		/		/		/		/		/	
Estado accesorio RPM (8500 - 15000)		/	/		/		/		/		/		/	
Estado general		/	/		/		/		/		/		/	
Estado general taladro (fisuras, ruptura, etc.)		/	/		/		/		/		/		/	
Condiciones de orden y aseo		/	/		/		/		/		/		/	

OTROS

INSPECCIONADO POR:
SUPERVISOR DE SST

[Signatures]

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL TRABAJADOR

[Signature]

PREOPERACIONAL DE TALADRO															Fecha:	17/11/2022	
															Versión:	1	
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS MERCHÁN S.A.S										SERIE:					
MODELO:		MAKITA		UBICACIÓN:				BOGOTÁ - INSTALACIONES CLIENTE									
SEMANA DE INSPECCIÓN:		DEL 26 AL 03 DE MARZO DE 2024															
Marque con una "X" según corresponda																	
Nº	ASPECTO A REVISAR	LUM.		MAR.		MOR.		AJUV.		VER.		SAR.		DOR.		OBSERVACIONES	
		B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N		
1	Estado del porta brocas	X		/		/		/		/		/		/			
2	Estado delo ajuste de mecha o mandril	X		/		/		/		/		/		/			
3	Estado del interruptor/ Encendido	X		/		/		/		/		/		/			
4	Estado de la ventilación de motor	X		/		/		/		/		/		/			
5	Estado del mango con diseño ergonomico	X		/		/		/		/		/		/			
6	Estado del botón del sentido de giro	X		/		/		/		/		/		/			
7	Estado del cable y enchufe electrico	X		/		/		/		/		/		/			
8	Estado de la carcasa	X		/		/		/		/		/		/			
9	Estado de mango de fuerza	X		/		/		/		/		/		/			
10	Estado de las brocas	X		/		/		/		/		/		/			
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO	/	NO		Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		<div style="text-align: center;">  <p>María F. Merchán Profesional SST</p> </div>	
FIRMA DE TRABAJADOR:		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender			
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		Marpa		Marpa		Marpa		Marpa		Marpa		Marpa			
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		Marpa		Marpa		Marpa		Marpa		Marpa		Marpa			
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																	
DIA 1																	
DIA 2																	
DIA 3																	
DIA 4																	
DIA 5																	
DIA 6																	
DIA 7																	

PREOPERACIONAL DE TALADRO															Fecha: 1/11/2022	
															Versión: 2	
EMPRESA:					SERIE:											
MODELO: MAKITA			UBICACION:			RODEGA - METALCONES CUENTE										
SEMANA DE INSPECCION:			DEL 04 AL 10 DE MARZO DE 2024													
Marque con una "X" según corresponda																
No	ASPECTO A REVISAR	LUN		MAR		MIER		JUEV		VIEN		SAB		DOM		OBSERVACIONES
		R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	
1	Estado del porta brocas	X		/		/		/		/		/		/		
2	Estado delo ajuste de mecha o mandril	X		/		/		/		/		/		/		
3	Estado del Interruptor/ Encendido	X		/		/		/		/		/		/		
4	Estado de la ventilación de motor	X		/		/		/		/		/		/		
5	Estado del mango con diseño ergonomico	X		/		/		/		/		/		/		
6	Estado del botón del sentido de giro	X		/		/		/		/		/		/		
7	Estado del cable y enchufe electrico	X		/		/		/		/		/		/		
8	Estado de la carcasa	X		/		/		/		/		/		/		
9	Estado de mango de fuerza	X		/		/		/		/		/		/		
10	Estado de las brocas	X		/		/		/		/		/		/		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR		X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Endel		Endel		Endel		Endel		Endel		Endel		Endel		<div style="transform: rotate(-15deg);"> María F. Merchán Profesional SST </div>
FIRMA DE TRABAJADOR:		Endel		Endel		Endel		Endel		Endel		Endel		Endel		
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
FIRMA INSPECTOR SST		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DIA 1.																
DIA 2.																
DIA 3.																
DIA 4.																
DIA 5.																
DIA 6.																
DIA 7.																

		PREOPERACIONAL DE TALADRO										Fecha: 1/11/2022 Versión: 2				
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.					SERIE:									
MODELO	MAKITA	UBICACIÓN:					BOQUETA - INSTALACIONES CLIENTE									
SEMANA DE INSPECCIÓN:		DEL 11 AL 17 DE MARZO DE 2024														
Marque con una "X" según corresponda																
No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIE.		JUE.		VIE.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado del porta brocas	X		/		/		/		/		/		/		
2	Estado delo ajuste de mecha o mandril	X		/		/		/		/		/		/		
3	Estado del Interruptor/ Encendido	X		/		/		/		/		/		/		
4	Estado de la ventilación de motor	X		/		/		/		/		/		/		
5	Estado del mango con diseño ergonomico	X		/		/		/		/		/		/		
6	Estado del botón del sentido de giro	X		/		/		/		/		/		/		
7	Estado del cable y enchufe electrico	X		/		/		/		/		/		/		
8	Estado de la carcasa	X		/		/		/		/		/		/		
9	Estado de mango de fuerza	X		/		/		/		/		/		/		
10	Estado de las brocas	X		/		/		/		/		/		/		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO		NO		NO		NO		NO		NO		NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender														
FIRMA DE TRABAJADOR:		Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender														
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria														
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria Maria														
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DIA 1.																
DIA 2.																
DIA 3.																
DIA 4.																
DIA 5.																
DIA 6.																
DIA 7.																

María F. Merchan
 Profesional S

		PREOPERACIONAL DE TRONZADORA		Fecha:	1/11/2022					
				Versión:	2					
DATOS GENERALES										
EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.		SERIAL	260348						
MODELO	MAKITA	LUGAR DE UBICACIÓN:	BODEGA							
SEMANA DE INSPECCIÓN:		DEL 19 AL 25 DE FEBRERO DE 2024								
Marque con una "X" según corresponda										
No	ASPECTO A REVISAR	LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES	
1	Estado general del motor	X								
2	Estado de la base	X								
3	Estado general del cable de potencia	X								
4	Estado del soporte	X								
5	Estado del interruptor	X								
6	Estado del disco de corte	X								
7	Estado general de la guarda	X								
8	Estado de las escobillas	X								
9	Estado general del cuerpo	X								
10	Estado del manubrio	X								
11	Otros	N/A	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
12	Otros	N/A	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Ve Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		EMILIO	EMILIO	EMILIO	EMILIO	EMILIO	EMILIO	EMILIO		 María F. Merchán Profesional SST
FIRMA DE TRABAJADOR:		EMILIO	EMILIO	EMILIO	EMILIO	EMILIO	EMILIO	EMILIO		
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		María	María	María	María	María	María	María		
FIRMA DE INSPECTOR SST:		María	María	María	María	María	María	María		
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO										
DÍA 1.										
DÍA 2.										
DÍA 3.										
DÍA 4.										
DÍA 5.										
DÍA 6.										
DÍA 7.										

		PREOPERACIONAL DE TRONZADORA				Fecha: 1/11/2022 Versión: 2										
DATOS GENERALES																
EMPRESA:		FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.				SERIAL		260348								
MODELO		MAKITA		LUGAR DE UBICACIÓN:				BODEGA								
SEMANA DE INSPECCIÓN:		DEL 26 AL 03 DE MARZO DE 2024														
Marque con una 'X' según corresponda																
No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIÉ.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado general del motor	X		/		/		/		/		/		/		
2	Estado de la base	X		/		/		/		/		/		/		
3	Estado general del cable de potencia	X		/		/		/		/		/		/		
4	Estado del soporte	X		/		/		/		/		/		/		
5	Estado del interruptor	X		/		/		/		/		/		/		
6	Estado del disco de corte	X		/		/		/		/		/		/		
7	Estado general de la guarda	X		/		/		/		/		/		/		
8	Estado de las escobillas	X		/		/		/		/		/		/		
9	Estado general del cuerpo	X		/		/		/		/		/		/		
10	Estado del manubrio	X		/		/		/		/		/		/		
11	Otros	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		
12	Otros	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Ender														
FIRMA DE TRABAJADOR:		Ender														
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		María														
FIRMA DE INSPECTOR SST:		Fernanda														
		María														
		María														
		María														
		María														
		María														
		María														
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DÍA 1.																
DÍA 2.																
DÍA 3.																
DÍA 4.																
DÍA 5.																
DÍA 6.																
DÍA 7.																

María F. Merchán
Profesional SST

PREOPERACIONAL DE TRONZADORA

Fecha:	1/11/2022
--------	-----------

Version: 2

DATOS GENERALES

EMPRESA:

FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.

SERIAL

260348

MODELO

MAKITA

LUGAR DE UBICACION:

RODEGA

SEMANA DE INSPECCION:

DEL 04 AL 10 DE MARZO DE 2024

Marque con una "X" según corresponda

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado general del motor	X		/		/		/		/		/		/		
2	Estado de la base	X		/		/		/		/		/		/		
3	Estado general del cable de potencia	X		/		/		/		/		/		/		
4	Estado del soporte	X		/		/		/		/		/		/		
5	Estado del interruptor	X		/		/		/		/		/		/		
6	Estado del disco de corte	X		/		/		/		/		/		/		
7	Estado general de la guarda	X		/		/		/		/		/		/		
8	Estado de las escobillas	X		/		/		/		/		/		/		
9	Estado general del cuerpo	X		/		/		/		/		/		/		
10	Estado del manubrio	X		/		/		/		/		/		/		
11	Otros	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		
12	Otros	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Endal		Endal		Endal		Endal		Endal		Endal		Endal		<div> <div>Maria F. Merchán</div> <div>Profesional SST</div> </div>
FIRMA DE TRABAJADOR:		Endal		Endal		Endal		Endal		Endal		Endal		Endal		
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
FIRMA DE INSPECTOR SST:		Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DIA 1.																
DIA 2.																
DIA 3.																
DIA 4.																
DIA 5.																
DIA 6.																
DIA 7.																

		PREOPERACIONAL DE TRONZADORA		Fecha: 1/11/2023												
				Versión: 2												
DATOS GENERALES																
EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHANT S.A.S.			SERIAL	280348											
MODELO	MAKITA	LUGAR DE UBICACIÓN:		BODEGA												
SEMANA DE INSPECCIÓN:		DEL 11 AL 17 DE MARZO DE 2024														
Marque con una "X" según corresponda																
No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIÉR.		JUEV.		VIÉR.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado general del motor	X		/		/		/		/		/		/		
2	Estado de la base	X		/		/		/		/		/		/		
3	Estado general del cable de potencia	X		/		/		/		/		/		/		
4	Estado del soporte	X		/		/		/		/		/		/		
5	Estado del interruptor	X		/		/		/		/		/		/		
6	Estado del disco de corte	X		/		/		/		/		/		/		
7	Estado general de la guarda	X		/		/		/		/		/		/		
8	Estado de las escobillas	X		/		/		/		/		/		/		
9	Estado general del cuerpo	X		/		/		/		/		/		/		
10	Estado del manubrio	X		/		/		/		/		/		/		
11	Otros	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		
12	Otros	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender														<div style="font-weight: bold; font-size: large;">María E. Merchán</div> <div style="font-weight: bold; font-size: large;">Profesional SST</div>
FIRMA DE TRABAJADOR:		Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender Ender														
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		María Fernanda María María María María María María														
FIRMA DE INSPECTOR SST:		María María María María María María María María														
OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO																
DÍA 1.																
DÍA 2.																
DÍA 3.																
DÍA 4.																
DÍA 5.																
DÍA 6.																
DÍA 7.																

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO DE INSPECCIÓN DE VEHICULOS

FECHA INSPECCIÓN: 17/02/2024 al 24/02/2024

RESPONSABLE: Andrés Ortega

PLACAS VEHICULOS: KRM-744 MARCA: Chevrolet

MODELO: 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andrés Ortega

CATEGORIA: B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Motores

C: Conforme

NC: No Conforme

NA: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES	
DOCUMENTAL								FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
Seguro obligatorio - SOAT	C	C	C	C	C	C	C	16/02/2024	17/02/2025
Revisión tecno mecánica	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Certificado de gases	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Pase del conductor	C	C	C	C	C	C	C	02/02/2016	02/02/2026
Tarjeta de propiedad	C	C	C	C	C	C	C	21/12/2016	
LUCES								OBSERVACIONES	
Estado luces delanteras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado luces traseras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de luces al interior del vehículos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces direccionales	C	C	C	C	C	C	C		
Luces de parqueo	C	C	C	C	C	C	C		
luz de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces del tablero	C	C	C	C	C	C	C		
Stop der- izq	C	C	C	C	C	C	C		
Luces altas	C	C	C	C	C	C	C		
Luces bajas	C	C	C	C	C	C	C		
LUCES								OBSERVACIONES	
Funcionamiento de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
nivel de liquido de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Nivel de liquido refrigerante	C	C	C	C	C	C	C		
Liquido dirección hidráulica	C	C	C	C	C	C	C		
Pito de reversa y vehículo	C	C	C	C	C	C	C		
CABINA								OBSERVACIONES	
Estado de las sillas	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico delantero	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico trasero	C	C	C	C	C	C	C		
Plumillas	C	C	C	C	C	C	C		
Volante	C	C	C	C	C	C	C		
Seguro de puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos retrovisores	C	C	C	C	C	C	C		
Cinturones de seguridad	C	C	C	C	C	C	C		

FECHA INSPECCIÓN: 17/02/2024 al 24/02/2024 RESPONSABLE: Andrés Ortega

PLACAS VEHICULOS: KMY-744 MARCA: Chevrolet MODELO: 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andrés Ortega CATEGORIA: B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Rotobombas

C: Conforme

NC: No Conforme

NA: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES
Nivel de aceite	C	C	C	C	C	C	C	
Nivel de combustible	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza internas del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
LLANTAS								OBSERVACIONES
Labrado de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Presión de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Alineación de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
EQUIPO DE CARRETERA								OBSERVACIONES
Conos de señalización	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta de repuesto	C	C	C	C	C	C	C	
Tacos para bloquear vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Gato hidráulico	C	C	C	C	C	C	C	
Cruceta	C	C	C	C	C	C	C	
Señales de carretera (triángulos)	C	C	C	C	C	C	C	
Botiquín primeros auxilios	C	C	C	C	C	C	C	
Extintor (escribir la fecha de la ultima recarga)	C	C	C	C	C	C	C	<u>Feb 2023</u>
Caja de herramientas básicas	C	C	C	C	C	C	C	
Linterna	C	C	C	C	C	C	C	
PARTE EXTERNA								OBSERVACIONES
Estado de pintura	C	C	C	C	C	C	C	
Logos del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Estado de la placa	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza general del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	

OBSERVACIONES GENERALES:

FIRMA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

Andrés Ortega

FECHA PRÓXIMA INSPECCIÓN

24/02/2024

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO DE INSPECCIÓN DE VEHICULOS

FECHA INSPECCIÓN: 25/02/24 a) 02/03/2024 RESPONSABLE: Andrés Ortega

PLACAS VEHICULOS: KRM-744 MARCA: Chevrolet MODELO: 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andrés Ortega CATEGORIA: B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Rotobombas

C: Conforme

NC: No Conforme

NA: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES	
DOCUMENTAL								FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
Seguro obligatorio - SOAT	C	C	C	C	C	C	C	18/02/2024	17/02/2025
Revisión tecno mecánica	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Certificado de gases	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Pase del conductor	C	C	C	C	C	C	C	02/02/2016	02/02/2026
Tarjeta de propiedad	C	C	C	C	C	C	C	24/12/2016	
LUCES								OBSERVACIONES	
Estado luces delanteras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado luces traseras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de luces al interior del vehículos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces direccionales	C	C	C	C	C	C	C		
Luces de parqueo	C	C	C	C	C	C	C		
luz de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces del tablero	C	C	C	C	C	C	C		
Stop der- izq	C	C	C	C	C	C	C		
Luces altas	C	C	C	C	C	C	C		
Luces bajas	C	C	C	C	C	C	C		
LUCES								OBSERVACIONES	
Funcionamiento de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
nivel de liquido de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Nivel de liquido refrigerante	C	C	C	C	C	C	C		
Liquido dirección hidráulica	C	C	C	C	C	C	C		
Pito de reversa y vehículo	C	C	C	C	C	C	C		
CABINA								OBSERVACIONES	
Estado de las sillas	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico delantero	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico trasero	C	C	C	C	C	C	C		
Plumillas	C	C	C	C	C	C	C		
Volante	C	C	C	C	C	C	C		
Seguro de puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos retrovisores	C	C	C	C	C	C	C		
Cinturones de seguridad	C	C	C	C	C	C	C		

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO DE INSPECCIÓN DE VEHICULOS

FECHA INSPECCIÓN: 25/02/2024 al 02/03/2024 RESPONSABLE: Andrés Ortega

PLACAS VEHICULOS: KRM-744 MARCA: Chevrolet MODELO: 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andrés Ortega CATEGORIA: B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Moto Bombas

C: Conforme

NC: No Conforme

NA: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES
Nivel de aceite	C	C	C	C	C	C	C	
Nivel de combustible	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza internas del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
LLANTAS								OBSERVACIONES
Labrado de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Presión de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Alineación de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
EQUIPO DE CARRETERA								OBSERVACIONES
Conos de señalización	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta de repuesto	C	C	C	C	C	C	C	
Tacos para bloquear vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Gato hidráulico	C	C	C	C	C	C	C	
Cruceta	C	C	C	C	C	C	C	
Señales de carretera (triángulos)	C	C	C	C	C	C	C	
Botiquín primeros auxilios	C	C	C	C	C	C	C	
Extintor (escribir la fecha de la ultima recarga)	C	C	C	C	C	C	C	Feb 2023
Caja de herramientas básicas	C	C	C	C	C	C	C	
Linterna	C	C	C	C	C	C	C	
PARTE EXTERNA								OBSERVACIONES
Estado de pintura	C	C	C	C	C	C	C	
Logos del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Estado de la placa	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza general del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	

OBSERVACIONES GENERALES: _____

FIRMA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN Andrés Ortega

FECHA PRÓXIMA INSPECCIÓN Abril 2024

FECHA INSPECCIÓN: 03/03/2024 a 09/03/2024

RESPONSABLE: Andrés Ortega

PLACAS VEHICULOS: RRR-744 MARCA: chevrolet MODELO: 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andrés Ortega CATEGORIA: B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Moto Bombas

C: Conforme

NC: No Conforme

NA: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES	
DOCUMENTAL								FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
Seguro obligatorio - SOAT	C	C	C	C	C	C	C	18/02/2024	17/02/2025
Revisión tecno mecánica	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Certificado de gases	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Pase del conductor	C	C	C	C	C	C	C	02/02/2016	02/02/2026
Tarjeta de propiedad	C	C	C	C	C	C	C	24/12/16	
LUCES								OBSERVACIONES	
Estado luces delanteras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado luces traseras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de luces al interior del vehículos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces direccionales	C	C	C	C	C	C	C		
Luces de parqueo	C	C	C	C	C	C	C		
luz de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces del tablero	C	C	C	C	C	C	C		
Stop der- izq	C	C	C	C	C	C	C		
Luces altas	C	C	C	C	C	C	C		
Luces bajas	C	C	C	C	C	C	C		
LUCES								OBSERVACIONES	
Funcionamiento de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
nivel de liquido de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Nivel de liquido refrigerante	C	C	C	C	C	C	C		
Líquido dirección hidráulica	C	C	C	C	C	C	C		
Pito de reversa y vehículo	C	C	C	C	C	C	C		
CABINA								OBSERVACIONES	
Estado de las sillas	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico delantero	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico trasero	C	C	C	C	C	C	C		
Plumillas	C	C	C	C	C	C	C		
Volante	C	C	C	C	C	C	C		
Seguro de puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos retrovisores	C	C	C	C	C	C	C		
Cinturones de seguridad	C	C	C	C	C	C	C		

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO DE INSPECCIÓN DE VEHICULOS

FECHA INSPECCIÓN: 03/03/2024 al 09/03/2024 RESPONSABLE: Andrés Ortega

PLACAS VEHICULOS: RRP-744 MARCA: Chacurrol MODELO: 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andrés Ortega CATEGORIA: B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Moto bombas

C: Conforme NC: No Conforme NA: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES
Nivel de aceite	C	C	C	C	C	C	C	
Nivel de combustible	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza internas del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
LLANTAS								OBSERVACIONES
Labrado de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Presión de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Alineación de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
EQUIPO DE CARRETERA								OBSERVACIONES
Conos de señalización	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta de repuesto	C	C	C	C	C	C	C	
Tacos para bloquear vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Gato hidráulico	C	C	C	C	C	C	C	
Cruceta	C	C	C	C	C	C	C	
Señales de carretera (triángulos)	C	C	C	C	C	C	C	
Botiquín primeros auxilios	C	C	C	C	C	C	C	
Extintor (escribir la fecha de la ultima recarga)	C	C	C	C	C	C	C	Feb 2023
Caja de herramientas básicas	C	C	C	C	C	C	C	
Linterna	C	C	C	C	C	C	C	
PARTE EXTERNA								OBSERVACIONES
Estado de pintura	C	C	C	C	C	C	C	
Logos del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Estado de la placa	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza general del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	

OBSERVACIONES GENERALES:

FIRMA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN Andrés Ortega

FECHA PRÓXIMA INSPECCIÓN Mar. 2024

	AH3 SAS		FT-IPOV-026
	INSPECCION PREOPERACIONAL DE VEHICULOS		VERSION No 01
			EMISION: 16-01-2018
			NIT: 901101033-5

Fecha (Periodo)	04/03/2024 – 11/03/2024		Placa	XVN 828										
Ubicación	Museo Nacional		Kilometraje	407336										
Responsable (quien realiza la inspección)	Pablo Higuera		Último mantenimiento	04/03/2024										
Seleccione la casilla correspondiente según sea el caso C: Conforme NC: No Conforme			Día				OBSERVACIONES							
ITEM			1	2	3	4		5	6	7				
			C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
Inspección general del vehículo (estado de puertas, carrocería, ventanas, espejos retrovisores, apoya cabezas)			X		X									
Estado de luces (Altas, bajas, stops, reversa, parqueo): Funcionamiento de bombillas, cubierta sin rotura, leds no fundidos			X		X									
Direccionales delanteras y traseras: Funcionamiento adecuado, respuesta inmediata			X		X									
Parabrisas - Plumillas			X		X									
Frenos (Funcionamiento)			X		X									
Revisión de nivel de aceite de motor, nivel de agua de radiador, nivel de líquido de frenos, nivel de agua de limpiaparabrisas (reportar si se ven fugas)			X		X									
Funcionamiento del tablero (velocímetro, temperatura, nivel de combustible)			X		X									
Revisión de mandos (pito, acelerador, pedal de freno, embrague, frenos de seguridad, palanca de cambios, dirección)			X		X									
Dispositivos de seguridad (Cinturones de seguridad): estado de las partes y ajuste			X		X									
Estado de llantas (incluir llanta de repuesto): estado profundidad (mínima 1,6 mm), labrado y presión			X		X									
Documentación vigente (Licencia de tránsito, licencia de conducción, SOAT, revisión técnico mecánica)			X		X									

Dirección: Carrera 87 N° 65 – 35 Sur
 Teléfono: 3193235199-3184398546
 Email: proyectos@ah3.com.co



PREOPERACIONAL VEHICULO

Fecha:

1/11/2022

Version:

2

DATOS GENERALES

Empresa	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	Serie	81BDTF660000524
Placa	SJQ055	Marca	CHEVROLET
Modelo	2006	Línea	LUV D'MAX
Cedula	1126418346	Nombre del conductor	ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA
ARL	SURA	Periodo de Inspección	DEL 19 AL 25 DE 02 DEL 2024

ITEM		LUN.		MAR.		MIÉ.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	Frontales de trabajo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Traseras de trabajo (Reflector)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Direccionales delanteras y de parqueo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Direccionales traseras y de parqueo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	De stop y señal trasera	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
CABINA	Espejos laterales	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Vidrio frontal (en buen estado)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Limpiaabrisas	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Pito	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Alarma de retroceso	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Estado de mandos manuales	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Estado de pedales	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Asiento en buena condición	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Cinturón de seguridad	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Escaleras, apoyos de acceso y pasamanos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
MECÁNICO	Motor	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Batena	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Filtros	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Control de fugas hidráulicas	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Frenos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Dirección	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Grapas y anclaje de chasis	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Cadena del cardan	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Acoples rápidos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Manguera para suministrar aire	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Estado general del volco	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Soporte del volco	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Sistema de carpado	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Guarda Polvos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
LLANTAS	Delantera Derecha	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Delantera Izquierda	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Traseras Derecha	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Traseras Izquierda	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Repuesto	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
EQUIPOS DE SEGURIDAD	Botiquín	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Extintor contra incendio (20 PQ)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Linterna	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Conos de seguridad	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	

¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?

SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO

Vo Bo Prof. SST

NOMBRE DE TRABAJADOR:

FIRMA DE TRABAJADOR:

NOMBRE DE INSPECTOR SST:

FIRMA INSPECTOR SST

Maria E. Morcán
Profesional SST

	PREOPERACIONAL VEHICULO										Fecha: 1/11/2022		Version: 2			
DATOS GENERALES																
Empresa	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.					Serie		81BDTF660000624								
Placa	SJQ055					Marca		CHEVROLET								
Modelo	2006					Linea		LUV D'MAX								
Cedula	1126418346					Nombre del conductor		ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA								
ARL	SURA					Periodo de Inspección		DEL 28 AL 03 DE 03 DEL 2024								
ITEM		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	Frontales de trabajo	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras de trabajo (Reflector)	/		/		/		/		/		/		/		
	Direccionales delanteras y de parqueo	/		/		/		/		/		/		/		
	Direccionales traseras y de parqueo	/		/		/		/		/		/		/		
	De stop y señal trasera	/		/		/		/		/		/		/		
CABINA	Espejos laterales	/		/		/		/		/		/		/		
	Vidrio frontal (en buen estado)	/		/		/		/		/		/		/		
	Limpiaabrisas	/		/		/		/		/		/		/		
	Pito	/		/		/		/		/		/		/		
	Alarma de retroceso	/		/		/		/		/		/		/		
	Estado de mandos manuales	/		/		/		/		/		/		/		
	Estado de pedales	/		/		/		/		/		/		/		
	Asiento en buena condición	/		/		/		/		/		/		/		
	Cinturón de seguridad	/		/		/		/		/		/		/		
	Escaleras, apoyos de acceso y pasamanos	/		/		/		/		/		/		/		
MECÁNICO	Motor	/		/		/		/		/		/		/		
	Batería	/		/		/		/		/		/		/		
	Filtros	/		/		/		/		/		/		/		
	Control de fugas hidráulicas	/		/		/		/		/		/		/		
	Frenos	/		/		/		/		/		/		/		
	Dirección	/		/		/		/		/		/		/		
	Grapas y anclaje de chasis	/		/		/		/		/		/		/		
	Cadena del cardan	/		/		/		/		/		/		/		
	Acoples rapidos	/		/		/		/		/		/		/		
	Manguera para suministrar aire	/		/		/		/		/		/		/		
	Estado general del volco	/		/		/		/		/		/		/		
	Soporte del volco	/		/		/		/		/		/		/		
	Sistema de carpado	/		/		/		/		/		/		/		
	Guarda Polvos	/		/		/		/		/		/		/		
LLANTAS	Delantera Derecha	/		/		/		/		/		/		/		
	Delantera Izquierda	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras Derecha	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras Izquierda	/		/		/		/		/		/		/		
	Repuesto	/		/		/		/		/		/		/		
EQUIPOS DE SEGURIDAD	Botiquin	/		/		/		/		/		/		/		
	Extintor contra incendio (20 PQ)	/		/		/		/		/		/		/		
	Linterna	/		/		/		/		/		/		/		
	Conos de seguridad	/		/		/		/		/		/		/		
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		ENDER														
FIRMA DE TRABAJADOR:		ENDER														
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		MARIA FERNANDA														
FIRMA INSPECTOR SST		MARIA FERNANDA														

Maria F. Merchán
Profesional SST



PREOPERACIONAL VEHICULO

Fecha:

1/11/2022

Version:

2

DATOS GENERALES

Empresa	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	Serie	81BDTF660000524
Placa	SJQ055	Marca	CHEVROLET
Modelo	2006	Línea	LUV D'MAX
Cedula	1126418346	Nombre del conductor	ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA
ARL	SURA	Periodo de Inspección	DEL 04 AL 10 DE 03 DEL 2024

ITEM		LUN.		MAR.		MIE.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	Frontales de trabajo	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras de trabajo (Reflector)	/		/		/		/		/		/		/		
	Direccionales delanteras y de parqueo	/		/		/		/		/		/		/		
	Direccionales traseras y de parqueo	/		/		/		/		/		/		/		
	De stop y señal trasera	/		/		/		/		/		/		/		
CABINA	Espejos laterales	/		/		/		/		/		/		/		
	Vidrio frontal (en buen estado)	/		/		/		/		/		/		/		
	Limpiaabrisas	/		/		/		/		/		/		/		
	Pito	/		/		/		/		/		/		/		
	Alarma de retroceso	/		/		/		/		/		/		/		
	Estado de mandos manuales	/		/		/		/		/		/		/		
	Estado de pedales	/		/		/		/		/		/		/		
	Asiento en buena condición	/		/		/		/		/		/		/		
	Cinturón de seguridad	/		/		/		/		/		/		/		
	Escaleras, apoyos de acceso y pasamanos	/		/		/		/		/		/		/		
MECÁNICO	Motor	/		/		/		/		/		/		/		
	Batena	/		/		/		/		/		/		/		
	Filtros	/		/		/		/		/		/		/		
	Control de fugas hidráulicas	/		/		/		/		/		/		/		
	Frenos	/		/		/		/		/		/		/		
	Dirección	/		/		/		/		/		/		/		
	Grapas y anclaje de chasis	/		/		/		/		/		/		/		
	Cadena del cardan	/		/		/		/		/		/		/		
	Acoples rapidos	/		/		/		/		/		/		/		
	Manguera para suministrar aire	/		/		/		/		/		/		/		
	Estado general del volco	/		/		/		/		/		/		/		
	Soporte del volco	/		/		/		/		/		/		/		
	Sistema de carpado	/		/		/		/		/		/		/		
	Guarda Polvos	/		/		/		/		/		/		/		
LLANTAS	Delantera Derecha	/		/		/		/		/		/		/		
	Delantera Izquierda	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras Derecha	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras Izquierda	/		/		/		/		/		/		/		
	Repuesto	/		/		/		/		/		/		/		
EQUIPOS DE SEGURIDAD	Botiquin	/		/		/		/		/		/		/		
	Extintor contra incendio (20 PQ)	/		/		/		/		/		/		/		
	Linterna	/		/		/		/		/		/		/		
	Conos de seguridad	/		/		/		/		/		/		/		

¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

Vo Bo Prof. SST

NOMBRE DE TRABAJADOR:

ENDER ENDER ENDER ENDER ENDER ENDER ENDER ENDER

FIRMA DE TRABAJADOR:

ENDER ENDER ENDER ENDER ENDER ENDER ENDER ENDER

NOMBRE DE INSPECTOR SST:

MARIA FERRADA MARIA MARIA MARIA MARIA MARIA MARIA

FIRMA INSPECTOR SST

MARIA FERRADA MARIA MARIA MARIA MARIA MARIA MARIA

María F. Merchan
Profesional SST



PREOPERACIONAL VEHICULO

Fecha:

1/11/2022

Version:

2

DATOS GENERALES

Empresa	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	Serie	81BDTF660000524
Placa	SJQ055	Marca	CHEVROLET
Modelo	2006	Línea	LUV D'MAX
Cedula	1126418346	Nombre del conductor	ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA
ARL	SURA	Período de Inspección	DEL 11 AL 17 DE 03 DEL 2024

ITEM		LUN.		MAR.		MIÉ.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	Frontales de trabajo	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras de trabajo (Reflector)	/		/		/		/		/		/		/		
	Direccionales delanteras y de parqueo	/		/		/		/		/		/		/		
	Direccionales traseras y de parqueo	/		/		/		/		/		/		/		
	De stop y señal trasera	/		/		/		/		/		/		/		
CABINA	Espejos laterales	/		/		/		/		/		/		/		
	Vidrio frontal (en buen estado)	/		/		/		/		/		/		/		
	Limpiaabrisas	/		/		/		/		/		/		/		
	Pito	/		/		/		/		/		/		/		
	Alarma de retroceso	/		/		/		/		/		/		/		
	Estado de mandos manuales	/		/		/		/		/		/		/		
	Estado de pedales	/		/		/		/		/		/		/		
	Asiento en buena condición	/		/		/		/		/		/		/		
	Cinturón de seguridad	/		/		/		/		/		/		/		
	Escaleras, apoyos de acceso y pasamanos	/		/		/		/		/		/		/		
MECÁNICO	Motor	/		/		/		/		/		/		/		
	Batería	/		/		/		/		/		/		/		
	Filtros	/		/		/		/		/		/		/		
	Control de fugas hidráulicas	/		/		/		/		/		/		/		
	Frenos	/		/		/		/		/		/		/		
	Dirección	/		/		/		/		/		/		/		
	Grapas y anclaje de chasis	/		/		/		/		/		/		/		
	Cadena del cardan	/		/		/		/		/		/		/		
	Acoples rápidos	/		/		/		/		/		/		/		
	Manguera para suministrar aire	/		/		/		/		/		/		/		
	Estado general del volco	/		/		/		/		/		/		/		
	Soporte del volco	/		/		/		/		/		/		/		
	Sistema de carpado	/		/		/		/		/		/		/		
	Guarda Polvos	/		/		/		/		/		/		/		
LLANTAS	Delantera Derecha	/		/		/		/		/		/		/		
	Delantera Izquierda	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras Derecha	/		/		/		/		/		/		/		
	Traseras Izquierda	/		/		/		/		/		/		/		
	Repuesto	/		/		/		/		/		/		/		
EQUIPOS DE SEGURIDAD	Botiquín	/		/		/		/		/		/		/		
	Extintor contra incendio (20 PQ)	/		/		/		/		/		/		/		
	Linterna	/		/		/		/		/		/		/		
Conos de seguridad		/		/		/		/		/		/		/		

¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

Vo Bo Prof. SST

NOMBRE DE TRABAJADOR:

Ender

Ender

Ender

Ender

Ender

Ender

Ender

FIRMA DE TRABAJADOR:

Ender

Ender

Ender

Ender

Ender

Ender

Ender

NOMBRE DE INSPECTOR SST:

María F. Merc

María

María

María

María

María

María

FIRMA INSPECTOR SST

María F. Merc

María

María

María

María

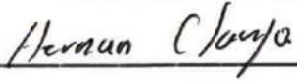
María

María

María F. Merc
Profesional

 JYSUMAPAZ	INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL VEHÍCULOS AUTOMOTORES		SG-SST
			Version: 1
			Vigente desde: 01/07/2016

MARCA:	FOR RANGER	CLASE:	PARTICULAR	TIPO:	CAMIONETA
MODELO:	2020	SERIE:	8AFAR23L2LJ160142	PLACA:	GMV 588

		DIA																															
MES: # 2.	CONDICIONES QUE DEBE MANTENER	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Utilice un ✓ si está en buen estado y * en caso contrario																																	
LLANTAS	Presión	✓								✓								✓					✓										
	Labrado	✓								✓								✓					✓										
	Tuercas completas y aseguradas	✓									✓							✓					✓										
FRENOS	Freno de parqueo funciona	✓								✓								✓					✓										
	Frenos funcionando	✓								✓								✓					✓										
	Líquido de frenos dentro de los límites	✓									✓							✓					✓										
LUCES	Enciende la luz de reversa	✓								✓								✓					✓										
	Encienden luces bajas	✓								✓								✓					✓										
	Encienden luces altas	✓								✓								✓					✓										
	Encienden cocuyos	✓								✓								✓					✓										
	Encienden luces de freno	✓								✓								✓					✓										
INDICADORES DEL TABLERO	Encienden direccionales (adelante y atrás)	✓								✓								✓					✓										
	Nivel de combustible	✓								✓								✓					✓										
	Indicador de presión de aceite	✓								✓								✓					✓										
CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO	Indicador nivel de batería	✓								✓								✓					✓										
	Espejos retrovisores funcionando	✓								✓								✓					✓										
	Todas las puertas cierran y ajustan	✓								✓								✓					✓										
	Nivel de aceite del motor	✓								✓								✓					✓										
	Nivel del líquido de la dirección	✓								✓								✓					✓										
	Nivel del líquido refrigerante	✓								✓								✓					✓										
	Nivel del agua del limpiabrisas	✓								✓								✓					✓										
	Pito	✓								✓								✓					✓										
	Limpiabrisas funcionando	✓								✓								✓					✓										
	Radiador con tapa ajustada	✓								✓								✓					✓										
Correa del ventilador tensionada	✓								✓								✓					✓											
SILLETERÍA	Batería sin residuos	✓								✓								✓					✓										
	Ajuste horizontal sillas delanteras	✓								✓								✓					✓										
	Ajuste vertical sillas delanteras	✓								✓								✓					✓										
Firma del Conductor que hace la Inspección																																	
		Semana 1					Semana 2					Semana 3					Semana 4																
Observaciones																																	

Responsable de la inspección del vehículo:	Martha Arceola	Firma del responsable del vehículo:	Hernan Churjo
--	----------------	-------------------------------------	---------------

**ANEXO No. 09 CONCEPTOS
MEDICOS**

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

PROFESIONAL INDEPENDIENTE

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - Código prestador
110010821201Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaria
Salud Bogotá**EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL**

Entidad Contratante:	JARDINES Y JARDINEROS DEL SUMAPAZ
----------------------	--

Dir :		Nit :	
-------	--	-------	--

Fecha	FEBRERO 01 / 2024	Cargo:	JARDINERO
-------	--------------------------	--------	------------------

Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico	-----	Retiro	-----	Trabajo en alturas	NO
----------------	-------------------	-----------	-------	--------	-------	--------------------	-----------

TRABAJADOR

Apellidos	SANCHEZ	Nombres	MARCO ANIBAL
-----------	----------------	---------	---------------------

ID:	80.144.487	Tel:	3028120170	Sexo	MASC	Edad	44
-----	-------------------	------	-------------------	------	-------------	------	-----------

Pofesión	-----	Diestro	SI	Zurdo	----
----------	-------	---------	-----------	-------	------

Con los siguientes exámenes:

MÉDICO OCUPACIONAL SI	OPTOMETRÍA/ VISIOMETRIA: -----	AUDIOMETRÍA -----
OSTEOMUSCULAR SI -----	ELECTROCARDIOGRAMA -----	ESPIROMETRÍA -----
GLICEMIA -----	COLESTEROL , -----	TRIGLICÉRIDOS -----
Otros -----		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones -----	Puede continuar su labor -----
Apto con restricciones que no limitan su labor -----	Puede continuar con reubicación laboral -----
Apto para el cargo SI	Examen de retiro satisfactorio -----
Aplazado por restricciones -----	Examen de retiro con patología -----
Apto para trabajo en alturas. NO	No apto -----

Restricciones médicas ocupacionales	-----
OBSERVACIONES:	-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal SI	Valoración por: -----
Hacer pausas activas. SI	Reubicación laboral temporal. -----
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. SI	Rehabilitación ocupacional. -----
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias -----
Otras	-----

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Médico Licencia en Salud Ocupacional  NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO	Anibal Sanchez C.C. 80144487 CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud TRABAJADOR EXAMINADO	 Índice derecho
--	---	---

ANEXO OSTEOMUSCULAR

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

Día	01	Mes	FEBRERO	Año	2024
TIPO DE EXAMEN	Ingreso	SI	Periódico	Retiro	

Apellidos	SANCHEZ
Nombres	MARCO ANIBAL
ID	80.144.487
Sexo	MASCULINO
Edad:	44 AÑOS

MOVILIDAD	DERECHA			IZQUIERDA			REVISIÓN POR SÍNTOMAS			
SEGMENTO	FLEX	EXT	ABDUC	FLEX	EXT	ABDUC.	SINTOMA	SI	NO	COMENTARIO
Hombro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Cervicalgia		✓	
Coxofemoral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Dorsalgia		✓	
Mano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Lumbalgia		✓	
Cuello de pie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Artralgia		✓	
	FLEXION	EXTENSION		FLEXION	EXTENSION		Tendinitis		✓	
Codo	✓	✓		✓	✓		Amputaciones		✓	
Rodilla	✓	✓		✓	✓					

COLUMNA VERTEBRAL	Cifosis? NO	Escoliosis? NO	Lordosis? NO	Flexión NORMAL
-------------------	-------------	----------------	--------------	----------------

SISTEMA MUSCULAR	NORMAL	ANORMAL	SISTEMA MUSCULAR	NORMAL	ANORMAL	TEST ESPECÍFICOS	
Pectoral mayor	✓		Flexores de cadera	✓		Rascado de Apley	
Biceps braquial	✓		Extensores de cadera	✓		Phalen (T.Carp)	
Triceps braquial	✓		Cuádriceps	✓		Tinel (T.Carp)	
Supraespinoso	✓		Gemelos	✓		Test Lassegue	NORMAL
Infraespinoso	✓		Marcha puntillas	✓		Finkelstein (Qv.)	
Deltoides	✓		Marcha talones (L5S1)	✓		Test epicondilitis	

DIAGNOSTICO. LESIONES LABORALES ÓSEAS O MUSCULARES .?	
Limitaciones:	NO
Malformaciones	NO
Secuelas:	NO

RECOMENDACIONES.

<p>Dr. Gustavo Contreras Salamanca Médico Especialista Salud Ocupacional L.S.O: 15006 de 2.015 Secretaría Distrital de Salud</p> <div style="text-align: center;"> NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO </div>	<div style="text-align: center;"> Anibal Sanchez C.C: 80744487 Trabajador Examinado </div>
--	--

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CLAUDIA YANETH SIERRA

FECHA 07/11/2023 10:24:35

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: BLADISMIR BARRETO NIETO

C.C 80729008

EDAD 40 Años

SEXO M

CARGO A DESEMPEÑAR OPERARIO FORESTAL



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☐

Optometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio

SI ☐ NO ☒

Glic ☐

Col ☐

Trigli ☐ Otros ☐

¿Cuáles?

Énfasis Osteomuscular ☒

Otros ☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA MANIPULACION MANUAL DE CARGAS

OBSERVACION:

DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CLAUDIA YANETH SIERRA

FECHA 07/11/2023 10:24:35

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: BLADISMIR BARRETO NIETO

C.C 80729008

EDAD 40 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR OPERARIO FORESTAL



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11408-2014 C.C. 52.603.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA PROFESIONAL INDEPENDIENTE Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - Código prestador 110010821201 Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá	
--	---

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante:	JARDINES Y JARDINEROS DEL SUMAPAZ				
Dir:				Nit:	
Fecha	FEBRERO 01 / 2024	Cargo:	COORDINADORA		
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico	Retiro	Trabajo en alturas NO	
TRABAJADOR					
Apellidos	SIERRA		Nombres	CLAUDIA YANETH	
ID:	35.253.952	Tel:	3194329594	Sexo FEM	Edad 40
Profesión	TECNICO			Diestro SI	Zurdo ----

Con los siguientes exámenes:

MÉDICO OCUPACIONAL SI	OPTOMETRÍA/ VISIOMETRÍA: -----	AUDIOMETRÍA -----
OSTEOMUSCULAR SI -----	ELECTROCARDIOGRAMA -----	ESPIROMETRÍA -----
GLICEMIA -----	COLESTEROL, -----	TRIGLICÉRIDOS -----
Otros -----		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

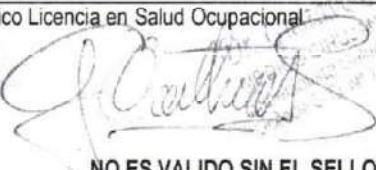
Apto con restricciones -----	Puede continuar su labor -----
Apto con restricciones que no limitan su labor -----	Puede continuar con reubicación laboral -----
Apto para el cargo SI	Examen de retiro satisfactorio -----
Aplazado por restricciones -----	Examen de retiro con patología -----
Apto para trabajo en alturas. NO	No apto -----

Restricciones médicas ocupacionales	-----
OBSERVACIONES:	-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal SI	Valoración por: -----
Hacer pausas activas. SI	Reubicación laboral temporal. -----
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. SI	Rehabilitación ocupacional. -----
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias -----
Otras	-----

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Médico Licencia en Salud Ocupacional:  NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO	C.C. <u>35233952</u> CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud. TRABAJADOR EXAMINADO	 Índice derecho
---	---	--

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA

NIT. 900171517 - 3



INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUDCP 110011775101/02
SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS

IMPORTANTE: no confíe su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud

NOTA: este certificado médico es válido en el formato original y con el sello ceco

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 10/11/23	INGRESO ☒	EGRESO ☐	PERIODICO ☐	TRAB. EN ALTURAS ☐	ESPA. CONFINADOS ☐	MAN. ALIMENTOS ☐
NOMBRE	FERMINSON BARRETO NIETO			IDENTIFICACION	80 386.308	

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO ☒	AUDIOMETRIA ☐	OPTOMETRIA ☐	ESPIROMETRIA ☐	LABORATORIO CLINICO ☐	PRUEBA VESTIBULAR ☐
---	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA	JARDINES SUMAPAZ
CARGO	OPERARIO DE JARDINERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO. PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	☒	APTO. CON RESTRICCIONES	☐
APTO. CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO	☐	APLAZADO	☐
APTO. CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO	☐	NO APTO	☐

RESULTADO EXAMENES MEDICO

NORMAL

EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR HOMBROS: amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraspinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy, normales. **CODO:** prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos, normales. **MANO:** prueba de Finkelstein, normal. **Tinel Phalen:** normales. **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES:** Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray, normales.

TIPO DE RESTRICCION NINGUNA APTO PARA EL CARGO OBSERVACION NINGUNA

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec. 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res. 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res. 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 Título III, arts. 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec. 1563, Res. 0144, Res. 1111 de 2017). Capacitar en manejo de cargas (Res. 2400 art. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res. 627 y NTC 2272). Gestionar peligro biomecánico mediante pausas activas, charlas sobre higiene postural, sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Pausas dinámicas cada 2 horas.

PABLO HERNANDEZ

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL 5902/19

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

80386308

IMPORTANTE: Este certificado médico es válido en el formato original y con el sello ceco. No se permite la reproducción total o parcial de este documento sin el consentimiento escrito de Centro Medico Laboratorio Clínico Olaya. Se sancionará con la multa establecida en el artículo 269 del Código Penal Colombiano. **ATENCIÓN:** Falsedad en documento privado.

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA PROFESIONAL INDEPENDIENTE Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201 Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá	
--	--

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL					
Entidad Contratante:		JARDINES Y JARDINEROS DEL SUMAPAZ			
Dir :			Nit :		
Fecha	FEBRERO 01 / 2024	Cargo:	OPERARIO DE JARDINERIA		
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico -----	Retiro -----	Trabajo en alturas NO	
TRABAJADOR					
Apellidos	TAPIERO		Nombres	GILBERTO	
ID:	5.853.092	Tel:	3219407000	Sexo MASC	Edad 57
Pofesión	-----			Diestro SI	Zurdo ----

Con los siguientes exámenes:

MÉDICO OCUPACIONAL SI	OPTOMETRÍA/ VISIOMETRIA: -----	AUDIOMETRÍA -----
OSTEOMUSCULAR SI -----	ELECTROCARDIOGRAMA -----	ESPIROMETRÍA -----
GLICEMIA -----	COLESTEROL , -----	TRIGLICÉRIDOS -----
Otros -----		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones -----	Puede continuar su labor -----
Apto con restricciones que no limitan su labor -----	Puede continuar con reubicación laboral -----
Apto para el cargo SI	Examen de retiro satisfactorio -----
Aplazado por restricciones -----	Examen de retiro con patología -----
Apto para trabajo en alturas. NO	No apto -----

Restricciones médicas ocupacionales
NO SABE LEER
OBSERVACIONES: -----

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal SI	Valoración por: -----
Hacer pausas activas. SI	Reubicación laboral temporal. -----
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. SI	Rehabilitación ocupacional. -----
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias -----
Otras	VALORACION POR OPTOMETRIA DE LA EPS

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Médico Licencia en Salud Ocupacional  NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO	C.C. GILBERTO TAPIERO CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud TRABAJADOR EXAMINADO	 Indice derecho
--	--	--

ANEXO OSTEOMUSCULAR

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

Día 01	Mes FEBRERO	Año 2024
TIPO DE EXAMEN	Ingreso SI	Periódico ----- Retiro -----

Apellidos TAPIERO	Nombres GILBERTO
ID 5.853.092	Sexo MASCULINO Edad: 57 AÑOS

MOVILIDAD	DERECHA			IZQUIERDA			REVISIÓN POR SÍNTOMAS			
SEGMENTO	FLEX	EXT	ABDUC	FLEX	EXT	ABDUC.	SINTOMA	SI	NO	COMENTARIO
Hombro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Cervicalgia		✓	
Coxofemoral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Dorsalgia		✓	
Mano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Lumbalgia		✓	
Cuello de pie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Artralgia		✓	
	FLEXION		EXTENSION	FLEXION		EXTENSIÓN	Tendinitis		✓	
Codo	✓		✓	✓		✓	Amputaciones		✓	
Rodilla	✓		✓	✓		✓				

COLUMNA VERTEBRAL	Cifosis? NO	Escoliosis? NO	Lordosis? NO	Flexión NORMAL
-------------------	-------------	----------------	--------------	----------------

SISTEMA MUSCULAR	NORMAL	ANORMAL	SISTEMA MUSCULAR	NORMAL	ANORMAL	TEST ESPECÍFICOS	
Pectoral mayor	✓		Flexores de cadera	✓		Rascado de Apley	
Biceps braquial	✓		Extensores de cadera	✓		Phalen (T.Carp)	
Triceps braquial	✓		Cuádriceps	✓		Tinel (T.Carp)	
Supraespinoso	✓		Gemelos	✓		Test Lassegue	NORMAL
Infraespinoso	✓		Marcha puntillas	✓		Finkelstein (Qv.)	
Deltoides	✓		Marcha talones (L5S1)	✓		Test epicondilitis	

DIAGNOSTICO. LESIONES LABORALES ÓSEAS O MUSCULARES .?	
Limitaciones:	NO
Malformaciones	NO
Secuelas:	NO

RECOMENDACIONES.

<p>Dr. Gustavo Contreras Salamanca Médico Especialista Salud Ocupacional L.S.O: 15006 de 2.015 Secretaría Distrital de Salud</p> <div style="text-align: center;"> NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO </div>	<div style="text-align: center;"> GILBERTO TAPIERO </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> C.C: _____ Trabajador Examinado </div>
---	--

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA**PROFESIONAL INDEPENDIENTE**

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá Tel 2391845 - Código prestador 110010821201

Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaría Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante		JARDINES Y JARDINEROS DE LA PAZ	
Dr.			Ni
Fecha:	MARZO 12 /2024	Cargo	JARDINERO
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico	Retiro
		Trabajo en alturas NO	

Trabajador

Apellidos	VALLEJO GOMEZ	Nombres	HECTOR
ID.	6.301.975	Tel.	3214015817
Sexo:	MAS	Edad:	68
Profesión			Diestro SI Zurdo

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

MÉDICO OCUPACIONAL SI	OPTOMETRIA / VISIOMETRIA	AUDIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	ELECTROCARDIOGRAMA	ESPIROMETRIA
GLICEMIA	COLESTEROL	TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones	Puede continuar su labor
Apto con restricciones que no limitan su labor	Puede continuar con reubicación laboral
Apto para el cargo SI	Examen de retiro satisfactorio
Aplazado por restricciones	Examen de retiro con patología
Apto para trabajo en alturas. NO	No apto

Restricciones médicas ocupacionales

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal SI	Valoración por:
Hacer pausas activas. SI	Reubicación laboral temporal.
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. SI	Rehabilitación ocupacional.
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias
Otras	USAR ANTEOJOS PARA LEER CERCA

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Médico con Licencia en Salud Ocupacional NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO	C.C. 6301975 CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.	
--	---	--

v 1-2 024



Dr. Regulo Ramirez

Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M.: 3668 Universidad Nacional
Resolución No. 25-0772

Tipo Certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **MARZO 07/2024** Empresa **JARDINES Y JARDINEROS DEL SUMAPAZ**
Nombre **JOSE REINEL BENAVIDES CLAVIJO** EDAD **26 AÑOS**
Cargo **AYUDANTE DE JARDINERIA** Doc. Identidad **1.069.749.055**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐	Requiere restricciones de actividades	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐	EXAMEN DE RETIRO		
Manipulación de Alimentos	☐	☐	☐	☐	Sospecha de enfermedad Profesional	SI	NO
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
					Enfermedad Común	☐	☐

SATISFATORIOS

PERIÓDICO SI ☐ NO ☐ EGRESOS (Retiros) SI ☐ NO ☐ POST SI ☐ NO ☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visula ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☒ Psicosocial ☐ Ergonomico ☒ Otros ☐

REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL POSITIVA SI ☒ NO ☐ EPS FAMISANAR SI ☒ NO ☐

RECOMENDACIONES: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INIDCADOS POR EL CARGO Y PARA LA PREVENCION DEL COVID - 19. PAUTAS DE AUTOCUADO. HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

Dr. Regulo Ramirez
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M.: 3668 Universidad Nacional
Resolución No. 25-0772

José Benavides

Trabajador

C.C.: **1069749055**

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Dactilar



Dr. FRANCISCO GÓMEZ

Dr. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ PINILLA

MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

RESOLUCIÓN 25-2540

CALLE 26 A SUR # 20-27 BARRIO OLAY A

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS

PRE-OCUPACIONAL INGRESO

☒

OCUPACIONAL PERIÓDICO

☐

POST OCUPACIONAL O EGRESO

☐

BOGOTÁ.DC. 08 DE MARZO DEL 2024

CONVENIO: ARDILA GARCES MARTHA LUCIA NIT: 52.869.499

CARGO: COORDINADOR DE ALTURAS

TRABAJADOR: ARDILA GARCES MARTHA LUCIA DOCUMENTO: 52.869.499 EDAD: 41 AÑOS SEXO: F

EXAMEN REALIZADO: OCUPACIONAL DE INGRESO Y DE APTITUD FÍSICA PARA TRABAJAR CON ENFASIS EN ALTURAS

NUMERO DE HISTORIA: 52.869.499

RESULTADO DE EXAMENES PARACLÍNICOS

1. AUDIOMETRÍA (ESCALA DE LARSEN)	NORMAL	COLESTEROL TOTAL	NORMAL
2. ESPIROMETRÍA (KNUDSON)	NORMAL	HDL	NORMAL
3. OPTOMETRÍA (OPTEC-2000)	NORMAL	LDL	NORMAL
4. ELECTROCARGIOGRAMA	N/A	TRIGLICERIDOS	NORMAL
5. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	GLICEMIA	NORMAL
6. HEMOCLASIFICACION	O+	HEMOGRAMA	N/A
7. OSTEOMUSCULAR	NORMAL	UROANALISIS	N/A
8. EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	RX	N/A
9. F/ 22 Xmin	F/C	78 min	PESO 67 kg
ESTATURA	1.68 cm	T/A	120/80mmHg
SpO2	96%		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

ALTERACIÓN	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA LIMITAR EL DAÑO	TEMPORAL	PERMANENTE
1. VISUAL	NINGUNA		
2. CARDIOVASCULAR	NINGUNA		
3. AUDITIVO	NINGUNA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS SIN RESTRICCIONES	X
2. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RESTRICCIONES	
3. NO APTO	
4. APLAZADO	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
AUDIOMETRIA DE CONTROL ANUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	USO DE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD	HACER DEPORTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He comprendido el propósito, beneficios, interpretación y riesgos del examen médico que me van a practicar, garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Autorizo para que den a conocer por cualquier medio la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente. Hago constar con mi firma, que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD

El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

1. APTO PARA DESEMPEÑAR SU CARGO

SI (X)

NO ()

Dr. Francisco Javier Gómez Pinilla
Med. Especialista - U. Nacional
Firma del médico
Resolución 25-2540 R.M 7972

Firma del trabajador
C.C:



PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD...



CO-SC-6873-1



DHS220584



35/000030023495243

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35 /000030023495243

Fecha: 12/12/2023

EPS: NUEVA EPS

Paciente: YEFERSON ALEXANDER RODRIGUEZ ROMERO

Identificación: 1.010.223.459

Edad: 28 AÑOS

Empresa: FORMAS METALICAS MERCHAN S A S

Cargo: AYUDANTE SOLDADOR

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Occupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.

FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	O+ (POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS ALTURAS	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 65 KG ESTATURA: 1.65 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☒	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO: ☐ NINGUNO: ☒

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ☒ NO: ☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS.
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Orlando Duque
Medico ocupacional
R.M 80.370.222 UNC
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE
DERECHO

OFICIAL

Declaración de **CONFIDENCIALIDAD**: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (NUEVA) Bogotá, Colombia Teléfono: 3125081001 e-mail prontosaludcentromedico@gmail.com ©Copyright PRONTOSALUD IPS

Horario confirmación exámenes lunes a viernes 2 a 5 p.m.

**ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL**

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD...



CO-SC-6873-1



DHS220584



35/000030023495245

**CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO
(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)**

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35 /000030023495245

Fecha: 28/01/2024

EPS: FAMISANAR

Paciente: CARLOS DANIEL CORTES MULFORD

Identificación: 1.010.045.630

Edad: 23 AÑOS

Empresa: FORMAS METALICAS MERCHAN S A S

Cargo: CONDUCTOR

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Occupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.**FINALIDAD DEL EXAMEN:** Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.**RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:**

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	A+ (POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS ALTURAS	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 74 KG ESTATURA: 1.77 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☒	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO: ☐ NINGUNO: ☒

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ☒ NO: ☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS.
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Orlando Duque
Médico ocupacional
R.M 80.370.222 UNC
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE
DERECHO

OFICIAL

Declaración de **CONFIDENCIALIDAD**: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (NUEVA) Bogotá, Colombia Teléfono: 3125081001 e-mail prontosaludcentromedico@gmail.com ©Copyright PRONTOSALUD IPS

Horario confirmación exámenes lunes a viernes 2 a 5 p.m.



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35 /000030023495161
Paciente: ADRIAN GUSTAVO MERCHAN SILVA
Empresa: FORMAS METALICAS MERCHAN S A S
NIT 901.036.645-4

Fecha: 19/09/2023
Identificación: 1.012.319.361
Cargo: SOLDADOR

EPS: FAMISANAR
Edad: 37 AÑOS

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Occupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	A+ (POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS ALTURAS	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 62 KG ESTATURA: 1.67 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☒	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO ☐ NINGUNO: ☒

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ☒ NO: ☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Granda Dyque
Medico ocupacional
R.M-80.370.222 UNC
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.

Adrian Merchan
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C: 102319361



OFICIAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (NUEVA) Bogotá, Colombia Teléfono: 3125081001 e-mail prontosaludcentromedico@gmail.com ©Copyright PRONTOSALUD IPS

Horario confirmación exámenes lunes a viernes 2 a 5 p.m.

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S. FECHA 15/07/2023 06:49:16

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☐ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☒

NOMBRE Y APELLIDO: MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO

C.C 1026294392

EDAD 27 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR PROFESIONAL SST



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☒	Exámenes de laboratorio	SI ☒	NO ☐
Visiometría	☒	Glic ☒	Col ☒	Trigli ☒
Optometría	☐	¿Cuáles?	Otros ☒	
Audiometría	☒			
Espirometría	☒	Énfasis Osteomuscular	☒	
		Otros	☐	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☒	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☒	☐

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

OBSERVACION:

NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2)

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR

030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI NO ☐ ¿Cuál?



FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica


Claudia Patricia Gomez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.603.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

**ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL**

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD...



CO-SC-6873-1



DHS220584



35/000030023495251

**CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO
(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)**

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35 /000030023495251

Fecha: 01/03/2024

EPS: FAMISANAR

Paciente: ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA

Identificación: 1.126.418.346

Edad: 34 AÑOS

Empresa: FORMAS METALICAS MERCHAN SAS

Cargo: SOLDADOR

NIT: 901.036.645-4

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Occupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.**FINALIDAD DEL EXAMEN:** Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.**RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:**

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	O - (NEGATIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS ALTURAS	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 65 KG ESTATURA: 1.59 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☒	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO: ☐ NINGUNO: ☒

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ☒ NO: ☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS.
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Orlando Duque
Médico ocupacional
R.M 80.370.222 UNC
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE
DERECHO

OFICIAL

Declaración de **CONFIDENCIALIDAD**: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (NUEVA) Bogotá, Colombia Teléfono: 3125081001 e-mail prontosaludcentromedico@gmail.com ©Copyright PRONTOSALUD IPS

Horario confirmación exámenes lunes a viernes 2 a 5 p.m.

**ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL**

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD...



CO-SC-6873-1



DHS220584



35/000030023495251

**CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO
(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)**

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35 /000030023495251

Fecha: 01/03/2024

EPS: FAMISANAR

Paciente: ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA

Identificación: 1.126.418.346

Edad: 34 AÑOS

Empresa: FORMAS METALICAS MERCHAN SAS

Cargo: SOLDADOR

NIT: 901.036.645-4

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Occupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.**FINALIDAD DEL EXAMEN:** Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.**RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:**

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	O - (NEGATIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS ALTURAS	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 65 KG ESTATURA: 1.59 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☒	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
 VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO: ☐ NINGUNO: ☒

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ☒ NO: ☐**RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:**
 UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS.
 USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
 SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
 HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

 Orlando Duque
 Médico ocupacional
 R.M 80.370.222 UNC
 FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
 LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.

 FIRMA DEL TRABAJADOR
 C.C:

 HUELLA INDICE
 DERECHO

OFICIAL

 Declaración de **CONFIDENCIALIDAD**: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

 SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
 CALLE 23 No. 26A - 18 (NUEVA) Bogotá, Colombia Teléfono: 3125081001 e-mail prontosaludcentromedico@gmail.com ©Copyright PRONTOSALUD IPS

Horario confirmación exámenes lunes a viernes 2 a 5 p.m.



PRONTOSALUD IPS

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015

CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD...



35/000030023495177

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35/000030023495177

Paciente: JOHN JOSE SANDOVAL DIAZ

Empresa: FORMAS METALICAS MERCHAN S AS

NIT 901.036.645-4

Fecha: 23/09/2023

Identificación: 79.842.539

Cargo: SOLDADOR

EPS: FAMISANAR

Edad: 49 AÑOS

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Occupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.

FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	A+ (POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS ALTURAS	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 70 KG ESTATURA: 1.70 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

1. Aprobado para el cargo sin restricciones:

SI

NO

2. Aprobado con restricciones:

3. Restringido:

4. Aplazado:

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO ☐ NINGUNO: ☒

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ☒

NO: ☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGUN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Graciela Duque
Medico ocupacional
R.M. 80.370.222 UNC
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C: 79842539



OFICIAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (NUEVA) Bogotá, Colombia Teléfono: 3125081001 e-mail prontosaludcentromedico@gmail.com ©Copyright PRONTOSALUD IPS

Horario confirmación exámenes lunes a viernes 2 a 5 p.m.



PRONTOSALUD IPS
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
 LICENCIA DE S.O RESOLUCION 0320 21/03/2015
 CONTAMOS CON CERTIFICACIÓN EN CALIDAD...



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO (TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35 /000030023495244

Fecha: 18/01/2024

EPS: FAMISANAR

Paciente: FREDY INOCENCIO MERCHAN SILVA

Identificación: 79.842.252

Edad: 48 AÑOS

Empresa: FORMAS METALICAS MERCHAN S A S

Cargo: GERENTE

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Occupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.

FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	O+ (POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS ALTURAS	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 70 KG ESTATURA: 1.68 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☒	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO: ☐ NINGUNO: ☒

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ☒

NO: ☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS.
 USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL.
 SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
 HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Orlando Duque
 Médico ocupacional
 R.M 80.370.222 UNC
 FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
 LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.

FIRMA DEL TRABAJADOR
 C.C:

HUELLA INDICE
 DERECHO

OFICIAL

Declaración de **CONFIDENCIALIDAD**: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS – LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA – OPTOMETRIA – MEDICINA GENERAL
 CALLE 23 No. 26A – 18 (NUEVA) Bogotá, Colombia Teléfono: 3125081001 e-mail prontosaludcentromedico@gmail.com ©Copyright PRONTOSALUD IPS

Horario confirmación exámenes lunes a viernes 2 a 5 p.m.



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL INGRESO
(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

RESOLUCIONES 1409 de 2012 y 3673 de 2008 MPS

Registro / Orden: 35 /000030023495178
Paciente: JACKSON JESUS ARISMENDI RODRIGUEZ
Empresa: FORMAS METALICAS MERCHAN S AS
NIT 901.036.645-4
Fecha: 23/09/2023
Identificación: 4.149.817
Cargó: AYUDANTE
EPS: FAMISANAR
Edad: 25 AÑOS

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Occupacional y de aptitud física para trabajo en alturas y/o espacios confinados.

FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto en el cargo a desempeñar.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	O+ (POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS ALTURAS	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 76 KG ESTATURA: 1.72 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	☒	☐
2. Aprobado con restricciones:	☐	☐
3. Restringido:	☐	☐
4. Aplazado:	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ☐ AUDITIVO: ☐ RESPIRATORIO: ☐ CARDIOVASCULAR: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ MUSC/ESQUELETICO: ☐ NINGUNO: ☒

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN N° 1409 DEL 23 DE JULIO DEL 2012:

SI: ☒ NO: ☐

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL- HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGUN CARCO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Grando Dyque
Medico ocupacional
R.M. 80.370.222 UNC
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 6796 de la S.D.S.

Jackson
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:



OFICIAL

Declaración de **CONFIDENCIALIDAD:** el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En conformidad con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2007, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (NUEVA) Bogotá, Colombia Teléfono: 3125081001 e-mail prontosaludcentromedico@gmail.com ©Copyright PRONTOSALUD IPS

Horario confirmación exámenes lunes a viernes 2 a 5 p.m.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 290590 Fecha Examen: 2023-03-21 Hora: 11:30:37

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: SIGNALETIKKA SAS NIT: 901692568 SECTOR: PUBLICIDAD
ENT. MISIÓN: SIGNALETIKKA SAS NIT: 901692568 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: DAVID EDUARDO APELLIDOS: LABARCES CANTILLO
IDENTIFICACIÓN: 78715211 FECHA DE NACIMIENTO: 08 de Noviembre de 1973 EDAD: 49
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: COORDINADOR
ARL: POSITIVA EPS: NUEVA EPS AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Examen Medico Ocupacional

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologías preexistentes susceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Positivo

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

1-CONTROL Y SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA

CONTROL Y SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA/MANIPULAR CARGAS HASTA 14 KG BIMANUALES

FOTOGRAFIA



JULIO CESAR URRUCHURTU DEL TORO
Médico especialista en salud ocupacional
Código No. 77172442
Licencia No. 3949 del 20 de agosto del 2021



Atendido por: URRUCHURTU DEL TORO JULIO CESAR

Registro Médico: 3949

Licencia S.O.: 3949

Paciente: LABARCES CANTILLO DAVID EDUARDO

Identificación: 78715211



CLINICOSMOS IPS NIT 900530466
Dirección Sede Principal: Calle 57 # 18-21, Bogotá.
Teléfonos: 3215109956 agendamientos@clnicosmos.com

INFORMACIÓN GENERAL

Número de Ingreso: 58475
Fecha de ingreso: 28/02/2024
Nombres: CESAR ALBERTO QUINTERO MOLINARES
Documento: CC8511449
Edad: 45
Género: M
Entidad: COSMOS SUPPORT SAS / CLINICOSMOS IPS SAS
Empresa que solicita la evaluación: SIGNALETIKKA
Cargo: CONTRATISTA AUUDANTE ACABADOS
Tipo de evaluación solicitada: EXAMEN MÉDICO INGRESO



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN	RESULTADO	EXAMEN	RESULTADO
Visiometría	NORMAL	Perfil Lipídico	NORMAL
Audiometría	NORMAL		
Énfasis Osteomuscular	NORMAL		
Glicemia	NORMAL		

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

INGRESO SATISFACTORIO

CONCEPTO DE ACUERDO AL ÉNFASIS

Énfasis Osteomuscular: APTO SIN RESTRICCIONES
Énfasis Alturas: APTO SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES GENERALES

Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
Control periódico ocupacional
Hábitos nutricionales saludables
Ejercicio regular 3 veces / semana

RECOMENDACIONES OPCIONALES PREVENTIVAS

OSTEOMUSCULAR: Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
VISUAL: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
AUDITIVAS: Pausas activas, Uso de protección auditiva, Reposo auditivo extralaboral, Disminución a exposición a ruido por debajo de los 80dbA. ALTURAS: Capacitación y certificación de alturas.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS TRABAJADOR

Sin recomendaciones específicas.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICA EMPRESA

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: Dr. JESSY ANA PULIDO M.
C.C.: 79.893.583
Registro médico: 9710/2005
Licencia No: 12289

Trabajador: CARLOS ALBERTO QUINTERO MOLINARES
Documento: CC8511449

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 303546 Fecha Examen: 2023-07-27 Hora: 13:11:31

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: SIGNALETIKKA SAS NIT: 901692568 SECTOR: PUBLICIDAD
ENT. MISIÓN: SIGNALETIKKA SAS NIT: 901692568 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: EDUARDO APELLIDOS: HERRERA MARTINEZ
IDENTIFICACIÓN: 79948043 FECHA DE NACIMIENTO: 29 de Mayo de 1978 EDAD: 45
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: AYUDANTE DE ACABADOS
ARL: POSITIVA EPS: COMPENSAR E.P.S. AFP: Colpensiones

FOTOGRAFIA



EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Examen Medico Ocupacional

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologías preexistentes susceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO 4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION, 5 CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.
CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA, USO DE PRESCRIPCION OPTICA DE DESCANSO VISUAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES
DIETA HIPOGRASA E HIPOGLUCIDA 2 REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3 CITA POR NUTRICION DE SU EPS


JOHANA MARCELA ACERO ALVARADO
Médico especialista en Salud Ocupacional
Rg No. 1052379239
Licencia No. 008 DEL 15 DE ENERO DE 2014





Atendido por: ACERO ALVARADO JOHANA MARCELA
Registro Médico: 1052379239
Licencia S.O.: 008 DEL 15 DE ENERO DE 2014

Paciente: HERRERA MARTINEZ EDUARDO
Identificación: 79948043

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: PERIODICO N° Orden: 308442 Fecha Examen: 2023-09-13 Hora: 10:48:14

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: SIGNALETIKKA SAS NIT: 901692568 SECTOR: PUBLICIDAD
ENT. MISIÓN: SIGNALETIKKA SAS NIT: 901692568 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: LUIS DAVID APELLIDOS: QUINTERO RIVERA
IDENTIFICACIÓN: 1043609665 FECHA DE NACIMIENTO: 03 de Marzo de 1995 EDAD: 28
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: AYUDANTE ACABADOS
ARL: SUR A EPS: NUEVA EPS AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Examen Medico Ocupacional

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Satisfactorio

¿El paciente cuenta con patologías preexistentes susceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Positivo

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

MANTENER LOS BUENOS HÁBITOS HIGIENE POSTURAL. DIETA BAJA EN HARINAS Y GRASAS. AZÚCAR
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL CON ÉNFASIS DE ACUERDO A SU LABOR ESTILOS
DE VIDA SALUDABLES. ALIMENTACIÓN CON TODOS LOS NUTRIENTES
CONTROL SEGUIMIENTO POR MEDICO ESPECIALISTA DE LA EPS


JHON DAVID VILLAMIL GUERRA
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Rg No. 19562911
Licencia No. 1347 DE 16/02/2023



Atendido por: VILLAMIL GUERRA JHON DAVID
Registro Médico: 19562911
Licencia S.O.: 1347 DE 16/02/2023

Paciente: QUINTERO RIVERA LUIS DAVID
Identificación: 1043609665

FOTOGRAFIA





EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 8361 de 25/09/2023
Calle 71 #29-30 Barrio La Merced, Norte
Teléfonos: 5266010-311281777
Email: eficienciaocupacional@gmail.com

SGD-EFI-FORMATO-#6-CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL-ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS-V12-(7-10-2023)

Hoja# de



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
CERTIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS
Y ESPACIOS CONFINADOS
Resoluciones: 2346 de 2007, 0312 de 2019,
0491 de 2020 y 4272 de 2021

1- DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	MFI INSTALACIONES S.A.S.									
Empresa Usaria:	MFI INSTALACIONES S.A.S			Ciudad:	BOGOTÁ	Departamento:	BOGOTÁ D.C.			
Actividad Económica:	ACABADOS DE OBRA CIVIL	Fecha:	Día	05	Mes	MARZO	Año	2024		
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	CAMARGO RUIZ CRISTIAN DAVID							HEMOCLASIFICACIÓN:	0+	
DOCUMENTO:	C.C.	1.093.782.256			Género:	MASCULI NO	X	FEMENI NO	INDETERMINADO NADO	Edad (años): 29
CARGO A DESEMPEÑAR:	COORDINADOR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO							NIVEL DE ESTUDIOS:	TG	
SEGURIDAD SOCIAL:	E.P.S.	FAMISANAR			A.R.L.	SURA			A.F.P.	PORVENIR
TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL	X	PERIODICO		ESPECIAL (¿Cuál?)			CERTIFICACIÓN ALTURAS	X	
FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.									

2- RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:									
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE			NO	X	SI
VISIONOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACIÓN LEVE	X	ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS			NO	X	SI
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACIÓN LEVE		OBSTRUCTIVA			PATRON RESTRICTIVO		
GLICEMIA BASAL	NORMAL				X	LIGERAMENTE ALTERADA			MUY ALTERADA	
PERFIL LIPÍDICO	DENTRO DE VALORES NORMALES					LIGERAMENTE ALTERADO			X	MUY ALTERADO
PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS	SIN ALTERACIONES				X	LEVEMENTE ALTERADAS			MUY ALTERADAS	
PSICOTEST DE ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	SIN ALTERACIONES				X	LEVEMENTE ALTERADO			MUY ALTERADO	
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:		Dental		Cardiovascular	X	Osteoarticular		Visual	Otro
EVALUACIÓN OSTEO-MUSCULAR Y ARTICULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL				X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL				

3- CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: SI APTO PARA DESARROLLAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: SI
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
APLAZADO		

4- ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO											
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		X	CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS.											
VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	N	O	SI	X	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	N	O	X	SI		
CARDIOVASCULAR		X	RECOMENDACIONES DIETARIAS	N	O	SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	N	O	X	SI		
AUDITIVO		X	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	N	O	SI	X	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	N	O	X	SI		
ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	N	O	SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	N	O	X	SI		
RESPIRATORIO		X	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	N	O	SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISIÓN	N	O	X	SI		
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCAUDADO	N	O	SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN	N	O	X	SI		
RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	N	O	SI	X	MEDIDAS ADICIONALES	N	O	X	SI		
RIESGO BIOLÓGICO		X	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TÉTANICA	N	O	SI	X	INMUNIZACIONES ADICIONALES	N	O	X	SI		

5-RECOMENDACIONES ESPECIFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y/o ESPACIOS CONFINADOS.
ELIMINAR AZÚCARES DE LA DIETA; BAJAR DE PESO.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia: SDS Res: 9615 09/08/2017	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT: 900380757-0, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC: 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013, AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTA HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZA A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., PARA MANTENER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
**CERTIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS
Y ESPACIOS CONFINADOS**
Resoluciones: 2346 de 2007, 0312 de 2019,
0491 de 2020 y 4272 de 2021

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	MFI INSTALACIONES S.A.S.									
Empresa Usuariar:	MFI INSTALACIONES S.A.S				Ciudad	BOGOTÁ		Departamento	BOGOTÁ D.C.	
Actividad Económica:	ACABADOS DE OBRA CIVIL		Fecha	Día 05 Mes MARZO Año 2024						
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	AGUILAR CORREDOR JOSÉ GONZALO								HEMOCLASIFICACION	0+
DOCUMENTO:	C.C.	1.026.573.119			Género	MASCULI NO ☒	FEMENI NO ☐	INDETERMINADO ☐	Edad (años)	32
CARGO A DESEMPEÑAR:	AUXILIAR DE OBRA								NIVEL DE ESTUDIOS	11
SEGURIDAD SOCIAL	E.P.S.	FAMISANAR		A.R.L.	SURA			A.F.P.	PROTECCIÓN	
TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL	X	PERIODICO	ESPECIAL (¿Cuál?)			CERTIFICACIÓN ALTURAS		X	
FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.									

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:										
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACION LEVE	COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE			NO	X	SI		
VISIONOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL		ALTERACION LEVE	X	ALTERACION DE LA ESTEREOPSIS			NO	X	SI	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	X	ALTERACION LEVE	OBSTRUCTIVA			PATRÓN RESTRICTIVO			PATRÓN MIXTO	
GLICEMIA BASAL	NORMAL			X	LIGERAMENTE ALTERADA			MUY ALTERADA			
PERFIL LIPÍDICO	DENTRO DE VALORES NORMALES			X	LIGERAMENTE ALTERADO			MUY ALTERADO			
PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS	SIN ALTERACIONES			X	LEVEMENTE ALTERADAS			MUY ALTERADAS			
PSICOTEST DE ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	SIN ALTERACIONES			X	LEVEMENTE ALTERADO			MUY ALTERADO			
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:		Dental		Cardiovascular		Osteoarticular		Visual		Otro
EVALUACIÓN OSTEO-MUSCULAR Y ARTICULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL				X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL					

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: SI APTO PARA DESARROLLAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: SI
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO											
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		X	CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS.											
VISUAL		X	USAR PROTECTOR VISUAL	N	O	SI	X	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	N	O	X	SI		
CARDIOVASCULAR	X		RECOMENDACIONES DIETARIAS	N	O	X	SI	MEDIDAS ADICIONALES: REMISION	N	O	X	SI		
AUDITIVO		X	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	N	O	SI	X	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	N	O	X	SI		
ERGONÓMICO		X	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	N	O	SI	X	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	N	O	X	SI		
RESPIRATORIO		X	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	N	O	SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISION	N	O	X	SI		
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		X	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	N	O	SI	X	MEDIDAS ADICIONALES: REMISION	N	O	X	SI		
RIESGO PSICO-SOCIAL		X	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	N	O	X	SI	MEDIDAS ADICIONALES	N	O	X	SI		
RIESGO BIOLÓGICO		X	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TÉTANICA	N	O	SI	X	INMUNIZACIONES ADICIONALES	N	O	X	SI		

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y/o ESPACIOS CONFINADOS.

6-FIRMAS:

 JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia. SDS Res: 9615 09/08/2017	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador



EFI CIENCIA OCUPACIONAL Ltda.
LSO: 8361 de 25/09/2023
Calle 71 #29-30 Barrio La Merced, Norte
Teléfonos: 5266010-3112281777
Email: eficiencia.ocupacional@gmail.com

SGD-EFI-FORMATO-#6-CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL-ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS-V12-(7-10-2023)

Hoja# de



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
**CERTIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS
Y ESPACIOS CONFINADOS**
Resoluciones: 2346 de 2007, 0312 de 2019,
0491 de 2020 y 4272 de 2021

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	MFI INSTALACIONES S.A.S.									
Empresa Usuaría:	MFI INSTALACIONES S.A.S.				Ciudad:	BOGOTÁ		Departamento:	BOGOTÁ D.C.	
Actividad Económica:	ACABADOS DE OBRA CIVIL		Fecha:	Día 05 Mes MARZO Año 2024						
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	IGLESIAS TÉLLEZ MANUEL FERNANDO								HEMOCLASIFICACION	0+
DOCUMENTO:	C.C.	1.091.653.665			Género:	MASCULI NO ☒	FEMENI NO ☐	INDETERMINADO ☐	Edad (años)	38
CARGO A DESEMPEÑAR:	OFICIAL SUPERVISOR								NIVEL DE ESTUDIOS	UI
SEGURIDAD SOCIAL:	E.P.S. FAMISANAR		A.R.L.		SURA			A.F.P. PORVENIR		
TIPO EXAMEN:	PRE-OCUPACIONAL		PERIODICO		X		ESPECIAL (¿Cuál?)		CERTIFICACIÓN ALTURAS	X
FINALIDAD:	DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.									

2-RESULTADOS PARA-CLÍNICOS Y EXAMEN MÉDICO-LABORAL:

EXAMEN REALIZADO:	RESUMEN DE LOS HALLAZGOS:									
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	☒	ALTERACION LEVE	COMPROMISO DE BANDAS DEL LENGUAJE			NO	☒	SI	
VISIONOMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	☒	ALTERACION LEVE	ALTERACION DE LA ESTEREOPSIS			NO	☒	SI	
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL	NORMAL	☒	ALTERACION LEVE	OBSTRUCTIVA		PATRÓN RESTRICTIVO		PATRÓN MIXTO		
GLICEMIA BASAL	NORMAL			☒	LIGERAMENTE ALTERADA		MUY ALTERADA			
PERFIL LIPÍDICO	DENTRO DE VALORES NORMALES			LIGERAMENTE ALTERADO		☒	MUY ALTERADO			
PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS	SIN ALTERACIONES			☒	LEVEMENTE ALTERADAS		MUY ALTERADAS			
PSICOTEST DE ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	SIN ALTERACIONES			☒	LEVEMENTE ALTERADO		MUY ALTERADO			
EXAMEN MÉDICO-LABORAL	DETECTADAS ALTERACIONES A NIVEL:		Dental	Cardiovascular	Osteoarticular	Visual	Otro			
EVALUACIÓN OSTEO-MUSCULAR Y ARTICULAR	SIN ALTERACIONES QUE CONTRAINDIQUEN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD LABORAL				X	CON ALTERACIONES QUE CONTRAINDICAN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL				

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

SIN ALTERACIONES DETECTABLES		SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACIÓN MÉDICO-LABORAL Y PARA-CLÍNICOS: SI APTO PARA DESARROLLAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: SI
CON RECOMENDACIONES: (ALTERACIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL TRABAJO)	X	
DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES PARA DESEMPEÑAR LA ACTIVIDAD LABORAL		
RESTRINGIDO (ALTERACIONES QUE INTERFIEREN CON EL TRABAJO)		
APLAZADO		

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	NO	SI	CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO										
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		☒	CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS.										
VISUAL		☒	USAR PROTECTOR VISUAL	N	O	SI	☒	DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS	N	O	☒	SI	
CARDIOVASCULAR		☒	RECOMENDACIONES DIETARIAS	N	O	SI	☒	MEDIDAS ADICIONALES: REMISION	N	O	☒	SI	
AUDITIVO		☒	PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE	N	O	SI	☒	LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS	N	O	☒	SI	
ERGONÓMICO		☒	HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA	N	O	SI	☒	LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS	N	O	☒	SI	
RESPIRATORIO		☒	USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA	N	O	SI	☒	MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISION	N	O	☒	SI	
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		☒	CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	N	O	SI	☒	MEDIDAS ADICIONALES: REMISION	N	O	☒	SI	
RIESGO PSICO-SOCIAL		☒	HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL	N	O	SI	☒	MEDIDAS ADICIONALES	N	O	☒	SI	
RIESGO BIOLÓGICO		☒	VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA	N	O	SI	☒	INMUNIZACIONES ADICIONALES	N	O	☒	SI	

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y/o ESPACIOS CONFINADOS. ELIMINAR AZÚCARES DE LA DIETA.

6-FIRMAS:

JUAN DANTE NEIRA A. Medico Especialista S.O. Licencia: SDS Res: 9615 09/08/2017	
FIRMA Y SELLO MÉDICO OCUPACIONAL	Firma y Cédula de Ciudadanía del Aspirante o Trabajador

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
IMPAKTA GESTION HUMANA VG SAS				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
901549556	CR 61 BIS 99 88 BRR ANDES	3226863753	Bogota, D.C.	
INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR				
Apellidos y Nombres		Documento de identidad	Edad	Género
ROMERO QUINCHANEGUA MIGUEL ANGEL		CC 79494506	55 Años	M
Lugar de Nacimiento		Lugar de Residencia		Estado Civil
BOGOTA		Bogota, D.C.		CASADO
Teléfono Fijo		Dirección		Celular
3185122546		SUBA		3185122546
Correo Electrónico		Grado de Escolaridad		Hemoclasificación
MIANROQUI@HOTMAIL.COM		BACHILLER		O +
IMC		Hijos	EPS	
30.12		0	SANITAS EPS SA	
VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA		VACUNA REFUERZO
SI	SEGUNDA DOSIS	1° NO APLICA 2° NO APLICA		NO APLICA
INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
Cargo		Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion
CONDUCTOR		2024-02-17	08:08:51	08:46:25
Lugar de realización examen	BOGOTA HEROES			
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL				
Tipo de examen realizado				
PERIODICO				
CONCEPTO		TIPO DE RESTRICCIONES		
CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO		NO APLICA		
MOTIVO		CERTIFICADOS ADICIONALES		
NO APLICA		NINGUNO		
AREA DE LAS RESTRICCIONES		INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO		
NINGUNA				
APTITUD DE TAREAS				
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS				
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO PAQ COND: SE REALIZA				
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PAQ COND: SE REALIZA				
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PAQ COND: SE REALIZA				
VISIOMETRIA OCUPACIONAL PAQ COND: SE REALIZA				
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA				
ENFASIS AREA DE CONDUCTORES: SE REALIZA				

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PAQ COND)
De acuerdo con los resultados de la prueba, Se encontraron que las reacciones NO fueron acordes con los estímulos implementados en la prueba; Se recomienda PRECAUCIÓN al momento de ejercer sus actividades laborales si están enfocados en la capacidad mental y motriz.
VALORACION COMPLEMENTARIA (PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PAQ COND)
De acuerdo con los resultados de la prueba, al aspirante le cuesta sostener su ATENCIÓN de forma prolongada en una misma actividad. Se recomienda PRECAUCIÓN al momento de ejercer su labor.
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PAQ COND)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL PAQ COND)
Uso de corrección permanente
MEDICAS PERSONALES
Se explica y se fomenta asistir y/o continuar en controles con médico tratante de su EPS, para revisión de alteraciones o síntomas musculoesqueléticos
Se informa asistir o continuar en controles preventivos por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud con nutricionista por su índice masa corporal, se le recomienda seguir indicaciones bajar de peso y continuar hábitos de alimentación, realizar ejercicio como informa el médico tratante
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilidades y entregadas por el Gobierno Nacional.
Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.
Utilizar gafas u lentes de forma permanente y actualizar anualmente la fórmula de sus lentes
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS AREA DE CONDUCTORES)
Respetar las normas de seguridad en todas sus actividades y tareas. Verifique el estado del vehículo antes de comenzar la labor. Maneje con sentido vial y recuerde que la conducción vehicular es una actividad de alto riesgo, utilice permanentemente el cinturón de seguridad mientras conduce. Respete siempre los límites de velocidad establecidos. Mantenga una actitud amigable y solidaria con los demás conductores y peatones en la vía. Reduzca la velocidad en función de las condiciones climáticas, respete las señales y las normas de tránsito y de seguridad vial. No conduzca si está fatigado (descanse con regularidad). No conduzca bajo los efectos del alcohol o drogas. Reglas de oro de levantamiento de cargas: pies separados, doble las rodillas, agarre firme la carga y péguela al cuerpo, mantenga la espalda recta, levántese suavemente sin realizar giros del tronco. El empleador debe diseñar e implementar el sistema de vigilancia epidemiológica para la seguridad vial (asesórese de su arl). El empleador debe capacitar permanentemente a sus conductores sobre las normas de seguridad para conductores. Sensibilice a todo este personal en autocuidado, autoestima y prevención de riesgo público. Realice mantenimiento preventivo y correctivo precoz de todo el parque automotor. Realizar marcha segura para desplazamientos por escaleras, pisos irregulares y vías públicas. Hábitos y estilos de vida saludable. Presente conforme a las políticas de su empleador el protocolo de alistamiento diario y Registro de mantenimiento preventivo. Ubíquese en un lugar seguro si requiere manipular elementos bidireccionales. la valoración y conducta entregada se da por cumplimiento a la Resolución 0012336 de 2012 Anexo 1 entregado;
OTRAS OBSERVACIONES
DIETA BALANCEADA BAJA EN CARBOHIDRATOS REFINADOS CONTROL DE PESO EN EPS CONTROL MEDICO EN EPS CONTINUAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE CONTROL OPTOMETRICO RUTINARIO CUIDADO DE MANOS
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS AREA DE CONDUCTORES)
Este examen Médico está enfocado en una revisión, buscando patologías activas y durante su evaluación NO se evidenció patología o sintomatología de enfermedades que pudieran generar limitaciones o riesgo para desempeñar su actividad (tarea) de conductor. Los resultados de los exámenes complementarios se encuentran en los parámetros normales.
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento no cuenta con el esquema completo de vacunación para prevención de infección por sars cov-2, se recomienda completar el esquema de vacunación contra el covid-19. se indica cumplir con las medidas generales de bioseguridad.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	TIPO: 1	GRUPO: D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ÉNFASIS EN AREA DE CONDUCTOR, ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO		
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	MEDICINA GENERAL NUTRICIONISTA OPTOMETRA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES		
<p>Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.</p> <p>Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.</p> <p>Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.</p>		




Firma: _____
Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA
R.M.: RM.52969049 L.S.O.81-1164/2020

Firma: _____
Nombre: MIGUEL ANGEL ROMERO
QUINCHANEGUA
Documento: 79494506

La informacion incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
IMPAKTA GESTION HUMANA VG SAS				
NIT	Dirección Empresa	Teléfono Empresa	Ciudad	
901549556	CR 61 BIS 99 88 BRR ANDES	3226863753	Bogota, D.C.	
INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR				
Apellidos y Nombres		Documento de identidad	Edad	Género
LOPEZ DIAZ PEDRO NEL		CC 79606380	51 Años	M
Lugar de Nacimiento		Lugar de Residencia		Estado Civil
BOGOTA		Bogota, D.C.		CASADO
Teléfono Fijo		Dirección		Celular
3228638717		BOSA		3228638717
Correo Electrónico		Grado de Escolaridad		Hemoclasificación
PEDRONELLOPEZDIAZ@GMAIL.COM		TECNICO		O +
IMC		Hijos	EPS	
23.05		1	NUEVA EPS	
VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA		VACUNA REFUERZO
SI	DOSIS UNICA	1° JANSSEN 2° NO APLICA		NO APLICA
INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
Cargo		Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion
TECNICO		2024-02-17	06:59:49	07:37:24
Lugar de realización examen	BOGOTA HEROES			
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL				
Tipo de examen realizado				
PERIODICO				
CONCEPTO		TIPO DE RESTRICCIONES		
CUMPLE PARA EL CARGO		NO APLICA		
MOTIVO		CERTIFICADOS ADICIONALES		
NO APLICA		NINGUNO		
AREA DE LAS RESTRICCIONES		INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO		
NINGUNA				
APTITUD DE TAREAS				
APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: APTO.				
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS				
EVALUACION MEDICA PARA TRABAJO EN ALTURAS - EVALUCION MEDICA CON ENFASIS EN VERTIGO NEUROLOGICO Y OSTEOMUSCULAR- CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD PARA ALTURAS: SE REALIZA				
ELECTROCARDIOGRAMA: SE REALIZA				
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PAQ ALT: SE REALIZA				
LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES) PAQ ALT) SE REALIZA				
LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA PAQ ALT) SE REALIZA				
VISIOMETRIA OCUPACIONAL PAQ ALT: SE REALIZA				
APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: SE REALIZA				
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA				

ANEXO No. 10 CONDICIONES DE SALUD

CUESTIONARIO CONDICIONES DE SALUD

DATOS DEL COLABORADOR

NOMBRES: EDUARDO	APELLIDOS: HERREZ
CEDULA: 79.948.043	GENERO: ☐ F ☐ M ☒ X
EDAD: 45 AÑOS	CIUDAD: BOGOTÁ
CARGO: OFICIOS VARIOS	BARRIO: BARRANCAS ALTO
TELEFONO:	CORREO: MANOARTECHO@hotmail.com
CONTRATISTA: SIGNIA METEORICA	OBRA: TRANSMILENIO
EPS: COMPENSAR	ARL: POSITIVA
PERSONA DE CONTACTO:	TELEFONO DEL CONTACTO:

CUESTIONARIO CONDICIONES DE SALUD

	SI	NO
1. ¿Tiene diagnosticada alguna(s) de las siguientes enfermedades o condiciones?		
Enfermedades cardiovasculares		X
Hipertensión arterial		X
Enfermedad renal		X
Cáncer (en tratamiento actual o no curado)		X
Diabetes		X
Enfermedades pulmonares		X
Enfermedades autoinmunes u otras que afecten el sistema inmunológico		X
Ninguna		X
2. ¿Convive en su hogar con alguna(s) persona(s) que cuente(n) con diagnóstico de alguna de las patologías mencionadas en la anterior pregunta?		X
3. ¿Actualmente se encuentra en estado de embarazo?		X
4. ¿Convive con personas que trabajen en instituciones de salud?		X
5. ¿Ha tenido contacto con algún caso sospechoso o que haya arrojado COVID-19 positivo?		X
6. A la fecha ¿Usted o alguien de su entorno le han aplicado la prueba de COVID 19?		X
7. ¿Cuáles de las siguientes modalidades de transporte usa para ir a su lugar de trabajo?		
Servicio público ☒	Caminando ☐	
Bicicleta-Patineta ☐	Otros ¿Cuál? <input type="text"/>	
Vehículo particular (carro, moto) ☐		
8. Cuantas personas con la que comparte cuarentena tiene más de 70 años:		
Ninguna ☐		
Una ☐		
Dos ☒		
Mas de dos ☐		
El trabajador se considera de alto riesgo: ☐ SI ☒ NO		

AUTORIZACIÓN SUMINISTRO DE DATOS

Yo Eduardo Herrera identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No _____ de BOGOTÁ, autorizo de manera libre y voluntaria a AM&CIA SAS para recopilar, utilizar, transferir, almacenar, consultar, procesar, y en general a dar tratamiento a la información personal que he suministrado a la Empresa, de conformidad con lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la cual se encuentra contenida en las bases de datos y archivo de propiedad de la Empresa, para los fines internos que sean necesarios y me comprometo a:

Cumplir todas las medidas de autocuidado establecidas por AM&CIA SAS y mi empleador para la prevención de la COVID 19.

Cumplir todos los protocolos definidos por AM&CIA SAS para la prevención de la COVID 19.

Notificar a AM&CIA SAS y mi empleador oportunamente cualquier síntoma o sospecha asociada a la COVID 19.

Manifiesto que toda la anterior información es cierta y refleja fielmente mi situación médica.

Nombre: Eduardo Herrera

Firma: Eduardo Herrera

Cedula: 79.948.043

Fecha: 28/feb/24



DIVULGACIÓN EXAMEN MEDICO Y CONDICIONES DE SALUD POR TRABAJADOR

Versión: 0.0

Código: SST-FT-40

Fecha: 01/11/2022

1. DATOS GENERALES DEL EXAMEN

Nombre:	ADRIAN GUSTAVO MERCHAN SILVA	Cargo:	SUBGERENTE
Fecha de elaboración del examen:	20/09/2023	Centro Médico:	PRONTOSALUD IPS
Tipo de examen:	Ingreso: ☒ (con alturas): ☒ Periódico: ☐	Post Incapacidad:	otro: ☐

2. CONCEPTO DEL EXÁMEN MÉDICO

Apto: ☒ Apto con recomendación: ☐ Apto para alturas: ☐
Aplazado: ☐ Apto con restricción: ☐ Otro: ☐

3. RECOMENDACIONES ESPECIFICAS (SI: NO: X)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

4. RESTRICCIONES (SI: NO: X)

- 1.
- 2.

-
- 3.
-
- 4.
-

Yo _____ identificado con C.C. _____ notifico que me han informado sobre mis condiciones de salud, recomendaciones medicas y/o restricciones para el desarrollo del trabajo; para constancia y prueba firmo en la ciudad de BOGOTÁ el (dd) _____ del (año) _____

5. PLAN DE ACCIÓN

(relacione las observaciones que son específicas de CADA trabajador a las cuales se les debe hacer seguimiento PARTICULAR y NO son cobijadas por los programas de gestión de la organización).

En caso de contra con RESTRICCIONES por favor dejarlas divulgadas en esta sección

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN
(Relacione únicamente las acciones que no requieren seguimiento puntual pero deben ser divulgadas a los trabajadores, incluye las restricciones)		

1.			
2.			
3.			
4.			

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FIRMA DE DIVULGACIÓN	FECHA PROGRAMADA	SEGUIMIENTO (Relacionar el soporte con el cual se da manejo o cierre de la acción)	CERRADO (SI/NO)

OBSERVACIONES

NOTA: en caso de no cumplirse escribir la recomendación se deberá relacionar en la columna de cerrado con un "NO" y describir nuevamente la recomendación a realizar para su posterior seguimiento.

María F. Merchán
 **Profesional SST**
FIRMA SST

FIRMA JEFE INMEDIATO:

FIRMA TRABAJADOR:

DECLARACIÓN DE SALUD

Formato Declaración del Estado de Salud

• CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA

El sistema General de Seguridad Social en Salud establece, según Art. 15 de la Res. 5261 del 5 de agosto de 1994, que "toda persona que ingrese a una Entidad Promotora de Salud debe diligenciar bajo gravedad de juramento un formulario que contenga sus datos personales y familiares. Su condición de salud actual y pasada y la de los familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales, clínicos, epidemiológicos y toxicológicos."

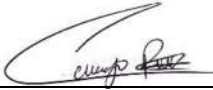
TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
COTIZANTE	1093782256	CAMARGO	RUIZ	CRISTIAN DAVID
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				

Por favor contestar todas las preguntas para cada uno de los usuarios solicitantes (S: si es afirmativo o N: si es negativo o no aplica y valor numérico para las preguntas 23 y 24); toda respuesta afirmativa requiere la respectiva explicación, de lo contrario el formulario se considera incorrectamente diligenciado. La información del Cotizante corresponde a la columna

C. El número con que se identifica el beneficiario en el formulario de afiliación, debe corresponder a cada una de las casillas de la columna "Tipo de afiliado" del presente formato.

Nº.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
		C	CO	1	2	3	4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)	NO						
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?	NO						
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?	N/A						
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	NO						
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión o presión arteriales alta?	NO						
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?	NO						
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?	NO						
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?	NO						
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?	NO						
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?	NO						
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?	NO						
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?	NO						
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?	NO						
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?	NO						
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?	NO						
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?	NO						
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?	NO						
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?	NO						
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?	NO						
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?	NO						
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?	NO						
22	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?	NO						
23	¿Cuál es su peso?	102						
24	¿Cuál es su estatura?	1.73						
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?	NO						
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?	NO						

Declaro que la información sobre la condición de salud consignada en este documento es veraz. En consecuencia, cualquier omisión o falsedad que se comprobare al respecto, será considerada como un riesgo para el manejo de nuestra salud y acepto las consecuencias jurídicas que se deriven en dicha omisión y autorizo expresamente a Unisalud para solicitar y obtener en cualquier momento y de cualquier profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar copia de la Historia Clínica o información de mi estado de salud así como de los beneficiarios sobre los que ejerzo representación legal.


FIRMA DE COTIZANTE

1093782256
CEDULA



DIVULGACIÓN EXAMEN MEDICO Y CONDICIONES DE SALUD POR TRABAJADOR

Versión: 0,0
Código: SST-FT-40
Fecha: 01/11/2022

1. DATOS GENERALES DEL EXAMEN

Nombre: JOHN JOSE SANDOVAL DIAZ Cargo: SOLDADOR
Fecha de elaboración del examen: 24/09/2023 Centro Médico: PRONTOSALUD IPS
Tipo de examen: Ingreso: ☒ (con alturas): ☒ Periódico: ☐ Post Incapacidad: ☐ otro: ☐

2. CONCEPTO DEL EXÁMEN MÉDICO

Apto: ☒ Apto con recomendación: ☐ Apto para alturas: ☐
Aplazado: ☐ Apto con restricción: ☐ Otro: ☐

3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS (SI: ☐ NO: ☒)

-
-
-
-
-

-
-
-
-
-

4. RESTRICCIONES (SI: ☐ NO: ☒)

-
-

-
-

Yo _____ identificado con C.C. _____ notifico que me han informado sobre mis condiciones de salud, recomendaciones medicas y/o restricciones para el desarrollo del trabajo; para constancia y prueba firmo en la ciudad de _BOGOTA_ el (dd) _____ del (año) _____

5. PLAN DE ACCIÓN

(relacione las observaciones que son específicas de CADA trabajador a las cuales se les debe hacer seguimiento PARTICULAR y NO son cobijadas por los programas de gestión de la organización.

En caso de contra con RESTRICCIONES por favor dejarlas divulgadas en esta sección.

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN
-------------	-------------	--------------------

(Relacione unicamente las acciones que no requieren seguimiento puntual pero deben ser divulgadas a los trabajadores, incluye las restricciones)

- | | | |
|----|--|--|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FIRMA DE DIVULGACIÓN	FECHA PROGRAMADA	SEGUIMIENTO (Relacionar el soporte con el cual se da manejo o cierre de la acción)	CERRADO (SI/NO)

OBSERVACIONES

NOTA: en caso de no cumplirse escribir la recomendación se deberá relacionar en la columna de cerrado con un "NO" y describir nuevamente la recomendación a realizar para su posterior seguimiento.

Maria Fernanda Merchan P.		JOHN SANDOVAL
FIRMA SST:	FIRMA JEFE INMEDIATO:	FIRMA TRABAJADOR:

1. DATOS GENERALES DEL EXAMEN

Nombre: ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA

Cargo: SOLDADOR

Fecha de elaboración del examen: 11/01/2023

Centro Médico: SANTA CLARA IPS

Tipo de examen: Ingreso: X (con alturas): X Período:
Anto: X

Post Incapacidad: _____ otro: _____

2. CONCEPTO DEL EXÁMEN MÉDICO

Apto: X
Aplazado:

Apto con recomendación: _____

Apto para alturas: _____
Otro: _____

Apto con restricción:

Otro: _____

3. RECOMENDACIONES ESPECIFICAS (SI: ☐ NO: ☒)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

4. RESTRICCIONES (SI: NO: X)

- 1.
- 2.

$$\frac{3}{4}$$

Yo _____ identificado con C.C. _____ notifico que me han informado sobre mis condiciones de salud, recomendaciones medicas y/o restricciones para el desarrollo del trabajo; para constancia y prueba firmo en la ciudad de BOGOTA el () del ()

5. PLAN DE ACCIÓN

5. PLAN DE ACCIÓN
(relacione las observaciones que son específicas de CADA trabajador a las cuales se les debe hacer seguimiento PARTICULAR y NO son cobijadas por los programas de gestión de la organización.)

En caso de contra con **RESTRICCIONES** por favor dejarlas divulgadas en esta sección.

DESCRIPCIÓN

RESPONSABLE

FECHA DE EJECUCIÓN

En caso de contar con restricciones de acceso	RESPONSABLE	FECHA
DESCRIPCION		
(Relacione unicamente las acciones que no requieren seguimiento puntual pero deben ser divulgadas a los trabajadores, incluya las restricciones)		

1.
2.
3.
4.

DESCRIPCIÓN

RESPONSABLE

**FIRMA DE
DIVULGACIÓN**

FECHA PROGRAMADA

SEGUIMIENTO
(Relacionar el soporte con el cual se da manejo o cierre de la acción)

CERRAD
O
(SI/NO)

OBSERVACIONES

NOTA: en caso de no cumplirse escribir la recomendación se deberá relacionar en la columna de cerrado con un "NO" y describir nuevamente la recomendación a realizar para su posterior seguimiento.

María F. Merchán
Profesional SST

FIRMA JEFE INMEDIATO:

FIRMA TRABAJADOR:



DIVULGACIÓN EXAMEN MEDICO Y CONDICIONES DE SALUD POR TRABAJADOR

Versión: 0,0
Código: SST-FT-40
Fecha: 01/11/2022

1. DATOS GENERALES DEL EXAMEN

Nombre: JACKSON JESUS ARISMENDI RODRIGUEZ Cargo: AYUDANTE
Fecha de elaboración del examen: 23/09/2023 Centro Médico: PRONTOSALUD IPS
Tipo de examen: Ingreso: ☒ (con alturas): ☒ Periódico: ☐ Post Incapacidad: ☐ otro: ☐

2. CONCEPTO DEL EXÁMEN MÉDICO

Apto: ☒ Apto con recomendación: ☐ Apto para alturas: ☐
Aplazado: ☐ Apto con restricción: ☐ Otro: ☐

3. RECOMENDACIONES ESPECIFICAS (SI: ☐ NO: ☒)

-
-
-
-
-

-
-
-
-
-

4. RESTRICCIONES (SI: ☐ NO: ☒)

-
-

-
-

Yo _____ identificado con C.C. _____ notifico que me han informado sobre mis condiciones de salud, recomendaciones medicas y/o restricciones para el desarrollo del trabajo; para constancia y prueba firmo en la ciudad de BOGOTA el (da) _____ del (mes/año) _____

5. PLAN DE ACCIÓN

(relacione las observaciones que son especificas de CADA trabajador a las cuales se les debe hacer seguimiento PARTICULAR y NO son cobijadas por los programas de gestión de la organización.

En caso de contra con RESTRICCIONES por favor dejarlas divulgadas en esta sección.

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN
(Relacione unicamente las acciones que no requieren seguimiento puntual pero deben ser divulgadas a los trabajadores, incluye las restricciones)		
1.		
2.		
3.		
4.		

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	FIRMA DE DIVULGACIÓN	FECHA PROGRAMADA	SEGUIMIENTO (Relacionar el soporte con el cual se da manejo o cierre de la acción)	CERRADO (SI/NO)

OBSERVACIONES

NOTA: en caso de no cumplirse escribir la recomendación se deberá relacionar en la columna de cerrado con un "NO" y describir nuevamente la recomendación a realizar para su posterior seguimiento.

María E. Merchán
FIRMA SST
PROFESIONAL SST

FIRMA JEFE INMEDIATO:

FIRMA TRABAJADOR:



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CUESTIONARIO DE SALUD

DATOS GENERALES

NOMBRES: Edgar Jesus Hernandez Ortiz APELLIDOS: _____
CEDULA: 1010197400 GENERO: F ☐ M ☒
EDAD: 32 CIUDAD: Bogotá
CARGO: Director de Ingeniería BARRIO: Colina Campestre
TELEFONO: 3164236264 CORREO: indenercol@gmail.com
CONTRATISTA: _____ OBRA: Transmilenio
EPS: Famisanar ARL: Colmena
PERSONA DE CONTACTO: Laura Duque
TELEFONO DEL CONTACTO: 3118863089

CUESTIONARIO CONDICIONES DE SALUD

		SI	NO
1	¿Tiene diagnosticada alguna(s) de las siguientes enfermedades o condiciones?		
	Enfermedades cardiovasculares		☒
	Hipertensión arterial		☒
	Enfermedad renal		☒
	Cáncer (en tratamiento actual o no curado)		☒
	Diabetes		☒
	Enfermedades pulmonares		☒
	Enfermedades autoinmunes u otras que afecten el sistema inmunológico		☒
	Ninguna		☒
2	¿Convive en su hogar con alguna(s) persona(s) que cuente(n) con diagnóstico de alguna de las patologías mencionadas en la anterior pregunta?		☒
3	¿Actualmente se encuentra en estado de embarazo?		☒
4	Convive con personas mayores de 60 años		☒
5	¿Convive con personas que trabajen en instituciones de salud?	☒	
6	¿Ha tenido contacto con algún caso sospechoso o que haya arrojado COVID-19 positivo?		☒
7	A la fecha ¿Usted o alguien de su entorno le han aplicado la prueba de COVID 19?		☒
	¿Cuáles de las siguientes modalidades de transporte usa para ir a su lugar de trabajo?		
	Servicio público		
8	Bicicleta-Patineta	☒	
	Vehículo particular (carro, moto)		
	Caminando		

AUTORIZACIÓN SUMINISTRO DE DATOS

Yo Edgar Jesus Hernandez identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1010197400 de Bta., autorizo de manera libre y voluntaria a INDENERCOL SAS para recopilar, utilizar, transferir, almacenar, consultar, procesar, y en general a dar tratamiento a la información personal que he suministrado a la Empresa, de conformidad con lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la cual se encuentra contenida en las bases de datos y archivo de propiedad de la Empresa, para los fines internos que sean necesarios y me comprometo a:

Cumplir todas las medidas de autocuidado establecidas por INDENERCOL SAS para la prevención de la COVID 19.

Cumplir todos los protocolos definidos por INDENERCOL SAS para la prevención de la COVID 19.

Notificar a INDENERCOL SAS oportunamente cualquier síntoma o sospecha asociada a la COVID 19.

Manifiesto que toda la anterior información es cierta y refleja fielmente mi situación médica.

Nombre: Edgar Hernandez

Firma: _____

Cedula: 1010197400

Fecha: 20/02/2024

DECLARACIÓN DE SALUD

Formato Declaración del Estado de Salud

• CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA

El sistema General de Seguridad Social en Salud establece, según Art. 15 de la Res. 5261 del 5 de agosto de 1994, que "toda persona que ingrese a una Entidad Promotora de Salud debe diligenciar bajo gravedad de juramento un formulario que contenga sus datos personales y familiares. Su condición de salud actual y pasada y la de los familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales, clínicos, epidemiológicos y toxicológicos."

TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
COTIZANTE	1026573119	AGUILAR	CORREDOR	JOSE GONZALO
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				

Por favor contestar todas las preguntas para cada uno de los usuarios solicitantes (S: si es afirmativo o N: si es negativo o no aplica y valor numérico para las preguntas 23 y 24); toda respuesta afirmativa requiere la respectiva explicación, de lo contrario el formulario se considera incorrectamente diligenciado. La información del Cotizante corresponde a la columna

C. El número con que se identifica el beneficiario en el formulario de afiliación, debe corresponder a cada una de las casillas de la columna "Tipo de afiliado" del presente formato.

Nº.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
		C	CO	1	2	3	4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)	NO						
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?	NO						
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?	N/A						
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	NO						
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión o presión arteriales alta?	NO						
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?	NO						
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?	NO						
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?	NO						
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?	NO						
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?	NO						
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?	NO						
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?	NO						
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?	NO						
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?	NO						
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?	NO						
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?	NO						
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?	NO						
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?	NO						
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?	NO						
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?	NO						
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?	NO						
22	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?	NO						
23	¿Cuál es su peso?	59						
24	¿Cuál es su estatura?	1.76						
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?	NO						
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?	SI						

Declaro que la información sobre la condición de salud consignada en este documento es veraz. En consecuencia, cualquier omisión o falsedad que se comprobare al respecto, será considerada como un riesgo para el manejo de nuestra salud y acepto las consecuencias jurídicas que se deriven en dicha omisión y autorizo expresamente a Unisalud para solicitar y obtener en cualquier momento y de cualquier profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar copia de la Historia Clínica o información de mi estado de salud así como de los beneficiarios sobre los que ejerzo representación legal.



FIRMA DE COTIZANTE

1026573119

CEDULA

DECLARACIÓN DE SALUD

Formato Declaración del Estado de Salud

• CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA

El sistema General de Seguridad Social en Salud establece, según Art. 15 de la Res. 5261 del 5 de agosto de 1994, que "toda persona que ingrese a una Entidad Promotora de Salud debe diligenciar bajo gravedad de juramento un formulario que contenga sus datos personales y familiares. Su condición de salud actual y pasada y la de los familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales, clínicos, epidemiológicos y toxicológicos."

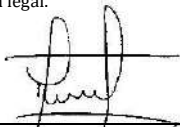
TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
COTIZANTE	1091653665	IGLESIAS	TELLEZ	MANUEL FERNANDO
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				

Por favor contestar todas las preguntas para cada uno de los usuarios solicitantes (S: si es afirmativo o N: si es negativo o no aplica y valor numérico para las preguntas 23 y 24); toda respuesta afirmativa requiere la respectiva explicación, de lo contrario el formulario se considera incorrectamente diligenciado. La información del Cotizante corresponde a la columna

C. El número con que se identifica el beneficiario en el formulario de afiliación, debe corresponder a cada una de las casillas de la columna "Tipo de afiliado" del presente formato.

Nº.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
		C	CO	1	2	3	4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)	NO						
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?	NO						
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?	N/A						
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	NO						
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión o presión arteriales alta?	NO						
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?	NO						
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?	NO						
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?	NO						
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?	NO						
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?	NO						
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?	NO						
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?	NO						
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?	NO						
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?	NO						
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?	NO						
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?	NO						
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?	NO						
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?	NO						
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?	NO						
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?	NO						
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?	SI						
22	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?	NO						
23	¿Cuál es su peso?	64						
24	¿Cuál es su estatura?	1.70						
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?	NO						
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?	NO						

Declaro que la información sobre la condición de salud consignada en este documento es veraz. En consecuencia, cualquier omisión o falsedad que se comprobare al respecto, será considerada como un riesgo para el manejo de nuestra salud y acepto las consecuencias jurídicas que se deriven en dicha omisión y autorizo expresamente a Unisalud para solicitar y obtener en cualquier momento y de cualquier profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar copia de la Historia Clínica o información de mi estado de salud así como de los beneficiarios sobre los que ejerzo representación legal.

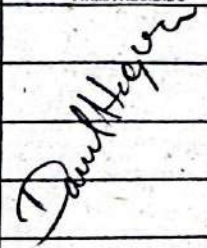
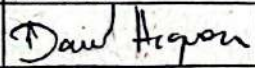
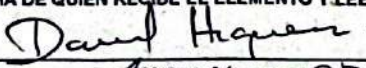

FIRMA DE COTIZANTE

1091653665

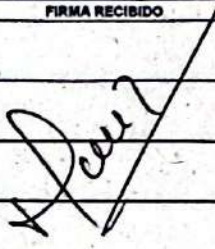
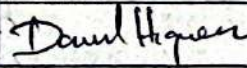
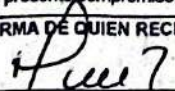
CEDULA

**ANEXO No. 11 ENTREGA DE
EPPS**

		DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		VERSION: 1	
		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CODIGO: EEP-1	
				PAGINA: 1 DE 1	
FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)					
DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO					
NOMBRE	Pablo Higuera	CEDULA No.	79454652	CARGO	Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS					
ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO	
1	Guantes	2	8/03/2024		
2	Protector respiratorio	1	8/03/2024		
3	Protector auditivo	1	8/03/2024		
4	Gafas transparentes	1	8/03/2024		
5					
6					
7					
8					
DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS					
NOMBRE	David Steven Higuera	CEDULA No.	1.022.433.908		
CARGO	Coordinador TSA	FIRMA			
COMPROMISO					
<p>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 salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.</p> <p>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 el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..</p> <p>El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.</p>					
FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:					
CEDULA No: 79454652					

		DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		VERSION 1	
		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CODIGO: EEPP-1	
				PAGINA: 1 DE 1	
FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)					
DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO					
NOMBRE	David Higuera	CEDULA No.	1022433908	CARGO	Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS					
ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO	
1	Guantes	1	8/03/2024		
2	Protector respiratorio	1	8/03/2024		
3	Protector auditivo	1	8/03/2024		
4	Gafas transparentes	1	8/03/2024		
5					
6					
7					
8					
DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS					
NOMBRE	David Steven Higuera	CEDULA No.	1.022.433.908		
CARGO	Coordinador TSA	FIRMA			
COMPROMISO					
<p>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 salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.</p>					
<p>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 el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..</p>					
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.					
FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:					
					
CEDULA No: 1022433908					

	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		VERSION 1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CODIGO: EEP-1
			PAGINA 1 DE 1
FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)			
DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO			
NOMBRE	Tomas Simanca	CEDULA No.	1030693371
		CARGO	Auxiliar Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo		
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS			
ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA
1	Guantes	2	8/03/2024
2	Protector respiratorio	1	8/03/2024
3	Protector auditivo	1	8/03/2024
4	Gafas transparentes	1	8/03/2024
DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS			
NOMBRE	David Steven Higuera	CEDULA No.	1.022.433.908
CARGO	Coordinador TSA	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 salud ocupacional 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 el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..			
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.			
FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:			
CEDULA No: 1030693371			

		DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		VERSION: 1	
		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CODIGO: EEPP-1	
				PAGINA: 1 DE 1	
FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)					
DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO					
NOMBRE	Octavio Mesa	CEDULA No.	4266409	CARGO	Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS					
ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO	
1	Guantes	2	8/03/2024		
2	Protector respiratorio	1	8/03/2024		
3	Protector auditivo	1	8/03/2024		
4	Gafas transparentes	1	8/03/2024		
DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS					
NOMBRE	David Steven Higuera	CEDULA No.	1.022.433.908		
CARGO	Coordinador TSA	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 salud ocupacional 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 el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico.					
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.					
FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:					
					
CEDULA No: 4266409					

		DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		VERSION: 1	
		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CODIGO: EEP-1	
				PAGINA: 1 DE 1	
FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)					
DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO					
NOMBRE	Juan Higuera	CEDULA No.	1000350684	CARGO	Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS					
ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO	
1	Guantes	2	8/03/2024		
2	Protector respiratorio	1	8/03/2024		
3	Protector auditivo	1	8/03/2024		
4	Gafas transparentes	1	8/03/2024		
DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS					
NOMBRE	David Steven Higuera	CEDULA No.	1.022.433.908		
CARGO	Coordinador TSA	FIRMA			
COMPROMISO					
<p>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 salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.</p>					
<p>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 el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico.</p>					
El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.					
FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:					
CEDULA No: 1.000.350.684.					

FECHA	NOMBRE	CARGO	BOTAS DE SEGURIDAD	BOTAS DE CAUCHO DE SEGURIDAD	CAMISA	PANTALÓN	DOTACIÓN DE INVIERNO	GUANTES VAQUETA (PARES)	GUANTES	AMARILLO TIPO PROTECTORES	AUDITIVOS	PROTECTORES AUDITIVOS COPA	GAFAS DE SEGURIDAD	CARETA	TRANSPARENTE	PROTECTOR RESPIRATORIO	MASCARILLA CON FILTROS	CASCO	FIRMA
9/02/2024	RAUL G. RIAÑO CEPEDA	R. LEGAL	X		X	X		X		X		X		X		X		X	<i>[Signature]</i>
9/02/2024	ALEXIS A. ALARCON ALARCON	SUPERVISOR	X		X	X		X		X		X		X		X		X	Alexis Alarcon
9/02/2024	MARIO RAMIREZ PEREZ	RESIDENTE	X		X	X		X		X		X		X		X		X	MARIO G. RAMIREZ
9/02/2024	ALFONSO ALVAREZ BARIELO	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X		X	Alfonso Alvarez
9/02/2024	LEIDER JUNIOR ALMANZA SAENZ	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X		X	Leider Almanza S.
9/02/2024	JUAN MIGUEL BERNAL CASTILLO	OFICIAL	X		X	X		X		X		X		X		X		X	Juan Miguel Bernal
9/02/2024	CARLOS ALONSO PEREZ S.	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X		X	Carlos Alonso Perez
9/02/2024	FABIO TORRES PABON	OFICIAL	X		X	X		X		X		X		X		X		X	TORRES P. Fabio
9/02/2024	JOSE ARMANDO RODRIGUEZ D.	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X		X	Jose Armando Rodriguez
9/02/2024	LUIS EDUARDO PINZON PULIDO	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X		X	Luis Eduardo Pinzon
9/02/2024	MAURICIO PIRAGAUTA BELTRAN	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X		X	Mauricio Piragauta

OBSERVACIONES:

HE RECIBIDO LOS ELEMENTOS RELACIONADOS, DE LOS CUALES HARE USO COMO LO ESTABLECE AL ARTICULO 233 DEL CODIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO

FECHA	NOMBRE	CARGO	BOTAS DE SEGURIDAD	BOTAS DE CAUCHO DE SEGURIDAD	CAMISA	PANTALÓN	DOTACIÓN DE INVIERNO	GUANTES VAQUETA (PARES)	GUANTES	AMARILLO TIPO PROTECTOR	AUDITIVOS PROTECTOR	AUDITIVOS COPA PROTECTOR	GAFAS DE SEGURIDAD	CARETA	TRANSPARENTE PROTECTOR	RESPIRATORIO MASCARILLA CON FILTROS	CASCO	FIRMA
9/02/2024	OSCAR EDUARDO SALCEDO R.	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>Oscar E Salcedo</i>
9/02/2024	WILLIAM HUMBERTO RUIZ M.	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>William Ruiz</i>
9/02/2024	WILSON EDY TORRES PABON	MAESTRO	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>Wilson Torres P.</i>
9/02/2024	OSCAR SAIN ZIPACON B.	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>OSCAR</i>
9/02/2024	OIDIS FLORIAN LOBATO	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>Odis Florian</i>
9/02/2024	DEIMIL NUÑEZ FLORIAN	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>Deimil Nuñez F.</i>
9/02/2024	JESUS G. MORAN FLORIAN	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>Jesus Moran</i>
9/02/2024	NOLBER PABON MORAN	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>Nolber Pabon</i>
9/02/2024	FANDER COTRERAS CANAS	OFICIAL	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>Fander Contreras C.</i>
9/02/2024	DENNOR HERNANDEZ	OFICIAL	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>Dennor Hernandez</i>
9/02/2024	JHEAN CARLOS MENDOZA RIBON	OFICIAL	X		X	X		X		X		X		X		X	X	<i>Jhean Carlos</i>

OBSERVACIONES:

HE RECIBIDO LOS ELEMENTOS RELACIONADOS, DE LOS CUALES HARE USO COMO LO ESTABLECE AL ARTICULO 233 DEL CODIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO

**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
CONTROL ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

VEERSIÓN: 01

EDICIÓN: 25-FEB-20

FECHA	NOMBRE	CARGO	BOTAS DE SEGURIDAD	BOTAS DE CAUCHO DE SEGURIDAD	CAMISA	PANTALÓN	DOTACIÓN DE INVIERNO	GUANTES VAQUETA (PARES)	GUANTES	AMARILLO TIPO PROTECTOR	AUDITIVOS	PROTECTOR COPA	GAFAS DE SEGURIDAD	CARETA	TRANSPARENTE PROTECTOR	RESPIRATORIO	MASCARILLA CON FILTROS	CASCO	FIRMA
9/02/2024	JADER JOSE ACUÑA JIMENEZ	OFICIAL	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Jader Acuña</i>
9/02/2024	POGAS MELEOR GUERRERO H.	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Pogas Meleor</i>
9/02/2024	GEOVANY MORELO ROSSO	OFICIAL	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Geovany Morelo R.</i>
9/02/2024	LEGUSI ANTONIO CAICEDO	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Legusi Antonio</i>
9/02/2024	LUIS GUILLERMO AMARIS GIL	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Luis Amaris</i>
9/02/2024	HILBERT ISNARDO GALLARDO M.	OFICIAL	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Hilbert</i>
9/02/2024	WILFREDO GALLARDO AMARIS	OFICIAL	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Wilfredo Gallardo</i>
9/02/2024	BLADIMIR GALLARDO AMARIS	OFICIAL	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Bladimir Gallardo</i>
9/02/2024	JUAN CARLOS SILVA ESLAVA	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Juan Silva</i>
9/02/2024	ANDRES D. PEREZ GALLARDO	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Andres Perez</i>
9/02/2024	JHON J. PEREZ GALLARDO	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X			X			X	<i>Jhon Perez</i>

OBSERVACIONES:

HE RECIBIDO LOS ELEMENTOS RELACIONADOS, DE LOS CUALES HARE USO COMO LO ESTABLECE AL ARTICULO 233 DEL CODIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO

FECHA	NOMBRE	CARGO	BOTAS DE SEGURIDAD	BOTAS DE CAUCHO DE SEGURIDAD	CAMISA	PANTALÓN	DOTACIÓN DE INVIERNO	GUANTES (PARES)	GUANTES	AMARILLO TIPO PROTECTORES	AUDITIVOS	PROTECTORES AUDITIVOS COPA	GAFAS DE SEGURIDAD	CARETA	TRANSPARENTE PROTECTOR	RESPIRATORIO MASCARILLA CON FILTROS	CASCO	FIRMA
9/02/2024	JHONATAN REALES RODRIGUEZ	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X	X		X	Jhonatan Reales
9/02/2024	YAN CARLOS MENDOZA POLO	OFICIAL	X		X	X		X		X		X		X	X		X	YAN MENDOZA
9/02/2024	LUIS MARIO CARVAJALINO A.	AYUDANTE	X		X	X		X		X		X		X	X		X	Luis Mario Carvajalino
9/02/2024	MARTHA L. ESPINOSA E.	HSE	X		X	X		X		X		X		X	X		X	Martha L. Espinosa
9/02/2024	Luis Fernando Jimenez	Oficial	X		X	X		X		X		X		X	X		X	Luis Fm
9/02/2024																		
9/02/2024																		
9/02/2024																		
9/02/2024																		
9/02/2024																		
9/02/2024																		

OBSERVACIONES:

HE RECIBIDO LOS ELEMENTOS RELACIONADOS, DE LOS CUALES HARE USO COMO LO ESTABLECE AL ARTICULO 233 DEL CODIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO

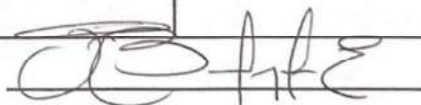
#¡VALOR!	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ACTA ENTREGA DE DOTACIÓN
----------	---

NOMBRE TRABAJADOR Edgar Jesus Hernandez FECHA DE INGRESO: 26/9/2023

TALLA CAMISA M. TALLA PANTALON 34 TALLA BOTAS 42

DESCRIPCIÓN	UN ENTREGADAS	FECHA ENTREGA
Camisa manga larga azul.	2	26/9/2023
Botas. Dieléctricas.	1.	26/9/2023
Casco con barbuquejo	1.	20/2/2024
Chaleco verde reflectivo	2	20/2/2024
Gafas. transparentes	2	20/2/2024
Tapa oídos de inserción	3	20/2/2024
Gantes. de nitrilo.	2	20/2/2024
Porta carnet	2	20/2/2024

FIRMA DEL TRABAJADOR



Con cada entrega de dotación, 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 salud laboral que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. De igual forma manifiesto que la dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa. En caso de mal uso o pérdida por negligencia de algunos de los elementos de Protección Personal entregados al trabajador, El trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.



Jardines y Jardineros del Sumapaz

Nit: 35253952-1

CONTACTO: 302-388-4507// 319-432-9594



EVALUACION INDUCCION SST

FECHA 7 mayo 24

CARGO operario

NOMBRE Y APELLIDOS Alejo Emilio Valenzuela CC 6301975

1. Seleccione los elementos de protección personal con las actividades o equipos que se deben utilizar.

A1 	B1 	C1 	D1 	E 	F1 	G1 
A2 	B2 	C2 	D2 	F2 	G2 	

 1. <u>a1</u> 3. <u>b1</u> 2. <u>c1</u> 4. <u>d1</u>	 1. <u>de</u> 3. <u>pl</u> 2. <u>e</u> 4. <u>cl</u>	 1. <u>b1</u> 3. <u>cl</u> 2. <u>de</u> 4. <u>c1</u>	 1. <u>b2</u> 2. <u>cl</u>	 1. <u>f1</u> 2. <u>cl</u>
--	---	--	--	---

2. Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su actividad de trabajo.

a. caídas mismo nivel b. malos cables c. cortes

3. seleccione la respuesta correcta. cada cuanto se reúne el COPASST DE OBRA

☒ a. cada mes b. cada dos meses. c. dos veces por semana d. cada año

4. seleccione la respuesta correcta, cuando debo reportar el accidente de trabajo

a. Cuando me acuerde. B. En la semana siguiente ☒ c. Inmediatamente d. Nunca

RESPONSABLE



FIRMA EVALUADO





E-mail jyjsmapazlhc@gmail.com // cel: 302 388 4507 - 319 432 9594

ANEXO No. 12 INDICADORES DE GESTION

INDICE DE SEVERIDAD DE LA ACCIDENTALIDAD

OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LÍNEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Medir el número de días de incapacidad por la accidentalidad	Resultado	0	0	Mensual	Anual

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR

UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	LÍMITE SATISFACTORIO	LÍMITE CRÍTICO	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Unidad	Mensual	0	1	Residente SST	Responsable SST	Gerente General

FUENTE DE INFORMACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Reportes de Accidentes de Trabajo con reporte de Incapacidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de incapacidad por AT en el mes} + \text{días cargados en el mes}}{\text{N}^\circ \text{ trabajadores al mes}} \times 100$

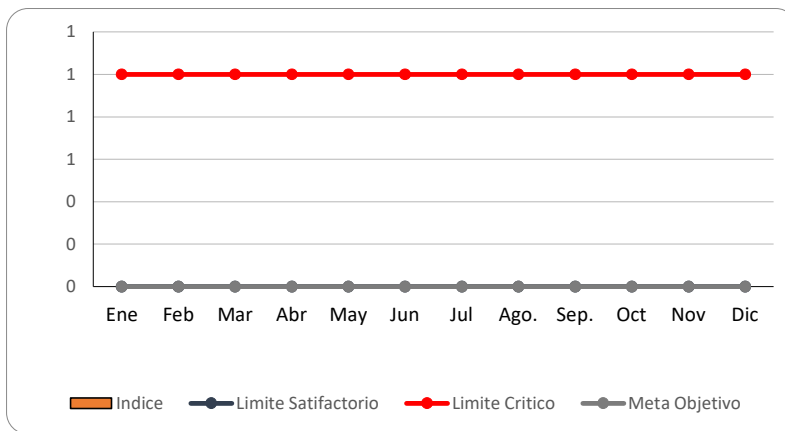
INTERPRETACIÓN	Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes de XX se perdieron X días por Accidentes de Trabajo.
----------------	--

COMPORTAMIENTO INDICADOR

[illegible]

MEDICIÓN

Periodo	Índice	Limite Satisfactorio	Limite Crítico	Meta Objetivo
Ene	#DIV/0!	0	1	0
Feb	0	0	1	0
Mar	0	0	1	0
Abr	#DIV/0!	0	1	0
May	#DIV/0!	0	1	0
Jun	#DIV/0!	0	1	0
Jul	#DIV/0!	0	1	0
Ago.	#DIV/0!	0	1	0
Sep.	#DIV/0!	0	1	0
Oct	#DIV/0!	0	1	0
Nov	#DIV/0!	0	1	0
Dic	#DIV/0!	0	1	0



ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR

Enero

Febrero

Sin accidentalidad

Marzo

Sin accidentalidad

April

Mayo

Junio

Julio

Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Diciembre

<div><div><div></div><div>AM&CIA</div><div>CONSTRUCTORA</div><div>Generando Innovación...</div></div></div>		FICHA DE INDICADOR								SIG-F-005															
										V-2															
DEFINICIÓN DEL INDICADOR																									
NOMBRE DEL INDICADOR																									
CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE CAPACITACIÓN																									
OBJETIVO DEL INDICADOR				TIPO DE INDICADOR		LÍNEA BASE		META OBJETIVO																	
								META		PLAZO DE CUMPLIMIENTO		VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO													
Medir el programa de capacitaciones de la compañía				Cumplimiento		80%		90%		Mensual		Anual													
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR																									
UNIDAD DE MEDIDA		FRECUENCIA		LÍMITE SATISFACTORIO		LÍMITE CRÍTICO		RESPONSABLE MEDICIÓN		RESPONSABLE ANÁLISIS		ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO													
%		Trimestral		90%		80%		Residente SST		Responsable SST		Gerente General													
FUENTE DE INFORMACIÓN								FÓRMULA DE CÁLCULO																	
Programa de capacitaciones Registros de asistencia Registros de capacitaciones externas								N° de capacitaciones ejecutadas/N° de capacitaciones programadas acumuladas*100																	
COMPORTAMIENTO INDICADOR																									
FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:				Mensual							Mensual		2024												
MESES		Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Capacitaciones ejecutadas		0		1		2																			
Capacitaciones programadas		0		1		2																			
Índice		#DIV/0!		100		100		#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!				#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!	
MEDICIÓN																									
Periodo		Índice		Limite Satisfactorio		Limite Critico		Meta Objetivo																	
Ene		0		90		80		0																	
Feb		100		90		80		0																	
Mar		100		90		80		0																	
Abr		#DIV/0!		90		80		0																	
May		#DIV/0!		90		80		0																	
Jun		#DIV/0!		90		80		0																	
Jul		0		90		80		0																	
Ago		0		90		80		0																	
Sep		#DIV/0!		90		80		0																	
Oct		#DIV/0!		90		80		0																	
Nov		#DIV/0!		90		80		0																	
Dic		#DIV/0!		90		80		0																	
ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR																									
Enero																									
Febrero																									
Se realizó la capacitación en el Tema de Espacios Confinados y participaron 61 personas de las 61 programadas																									

Marzo
Se realizó la capacitación en el Tema de Responsabilidades del COPASST y TRABAJO EN CALIENTE y participaron 90 personas de las 99 programadas
Abril
Mayo
Junio
Julio
Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Diciembre

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL INDICADOR

% INSPECCIONES REALIZADAS

OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LÍNEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Cumplir con el 90% las inspecciones programadas	Resultado	0%	100%	Trimestral	Anual

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR

UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	LÍMITE SATISFACTORIO	LÍMITE CRÍTICO	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
%	Trimestral	90%	40%	Residente SST	Responsable SST	Gerente General

FUENTE DE INFORMACIÓN

FÓRMULA DE CÁLCULO

Programa de Inspecciones

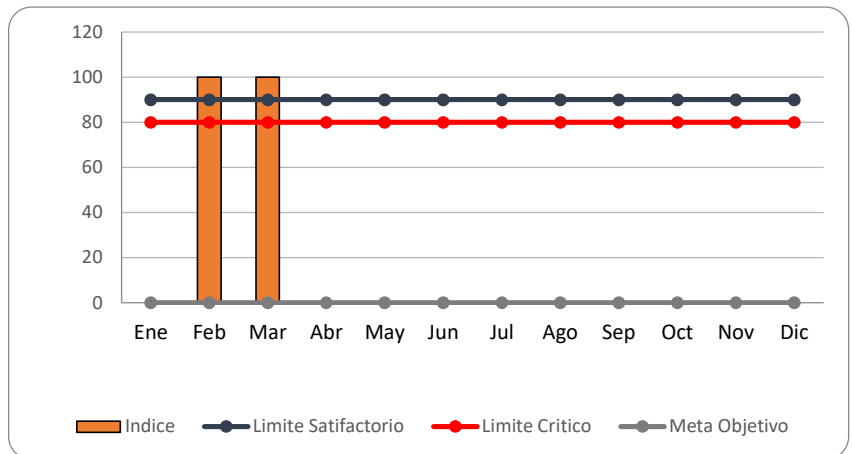
N° de Inspecciones realizadas / N° De Inspecciones programadas *100

COMPORTAMIENTO INDICADOR

FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:			Mensual							Mensual	2024	
MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Inspecciones realizadas		99	84									
Inspecciones programadas		99	84									
Índice	#¡DIV/0!	100	100	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

MEDICIÓN

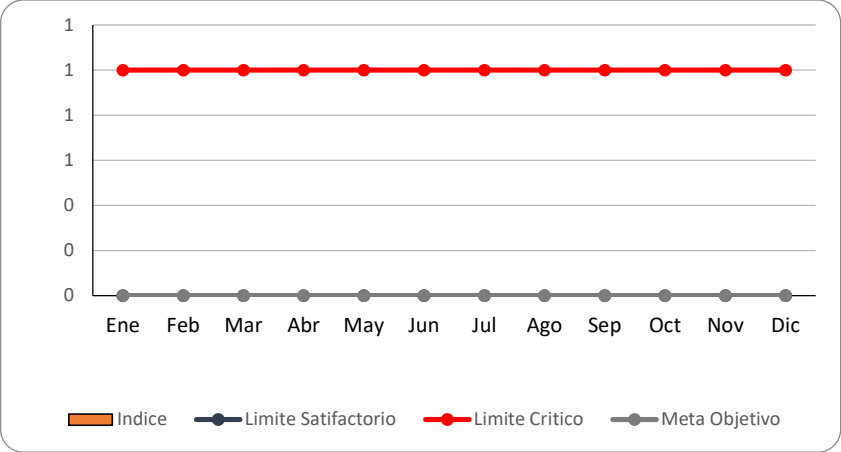
Periodo	Índice	Limite Satisfactorio	Limite Crítico	Meta Objetivo
Ene	0	90	80	0
Feb	100	90	80	0
Mar	100	90	80	0
Abr	#¡DIV/0!	90	80	0
May	#¡DIV/0!	90	80	0
Jun	#¡DIV/0!	90	80	0
Jul	0	90	80	0
Ago	0	90	80	0
Sep	#¡DIV/0!	90	80	0
Oct	#¡DIV/0!	90	80	0
Nov	#¡DIV/0!	90	80	0
Dic	#¡DIV/0!	90	80	0



ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR

Enero
Febrero
Se cumplió con el 100 de las inspecciones planeadas: EPP, Herramientas y equipos
Marzo
Se cumplió con el 100 de las inspecciones planeadas: EPP, Herramientas y equipos
Abril
Mayo

Junio
Julio
Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Diciembre

		FICHA DE INDICADOR					SIG-F-005					
							V-2					
DEFINICIÓN DEL INDICADOR												
NOMBRE DEL INDICADOR												
INDICE DE FRECUENCIA DE DE LA ACCIDENTALIDAD												
OBJETIVO DEL INDICADOR				TIPO DE INDICADOR		LÍNEA BASE		META OBJETIVO				
								META		PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO	
Mantener (0) accidentalidad				Resultado		0		0		Mensual	Anual	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR												
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	LÍMITE SATISFACTORIO		LÍMITE CRÍTICO		RESPONSABLE MEDICIÓN		RESPONSABLE ANÁLISIS		ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO		
Unidad	Mensual	0		1		Residente SST		Responsable SST		Gerente General		
FUENTE DE INFORMACIÓN						FÓRMULA DE CÁLCULO						
Reportes de Accidentes de Trabajo						N° accidentes de trabajo al mes/No. de Trabajadores al mes * 100						
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR		Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes de XX se presentaron X Accidentes de Trabajo.										
COMPORTAMIENTO INDICADOR												
FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:			Mensual							Mensual	2024	
MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Numero de Colaboradores		61	99									
Numero de Accidentes		0	0									
Índice %	#iDIV/0!	0	0	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!		#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!
MEDICIÓN												
Periodo	Índice	Limite Satisfactorio	Limite Critico	Meta Objetivo								
Ene	#iDIV/0!	0	1	0								
Feb	0	0	1	0								
Mar	0	0	1	0								
Abr	#iDIV/0!	0	1	0								
May	#iDIV/0!	0	1	0								
Jun	#iDIV/0!	0	1	0								
Jul	0	0	1	0								
Ago	0	0	1	0								
Sep	#iDIV/0!	0	1	0								
Oct	#iDIV/0!	0	1	0								
Nov	#iDIV/0!	0	1	0								
Dic	#iDIV/0!	0	1	0								
ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR												
Enero												
Febrero												
No se han presentado accidentes hasta el día 22 de febrero de 2024, fecha del primer informe.												
Marzo												
No se han presentado accidentes hasta el día 17 de MARZO de 2024, fecha del segundo informe.												
Abril												
Mayo												
Junio												

Julio
Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Diciembre

				FICHA DE INDICADOR						SIG-F-005			
										V-2			
DEFINICIÓN DEL INDICADOR													
NOMBRE DEL INDICADOR													
COBERTURA DE INDUCCIÓN													
OBJETIVO DEL INDICADOR				TIPO DE INDICADOR		LÍNEA BASE		META OBJETIVO					
								META		PLAZO DE CUMPLIMIENTO		VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO	
Cubrir el 100% de la población con la Inducción y/o Reinducción				Resultado		100%		100%		Trimestral		Anual	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR													
UNIDAD DE MEDIDA		FRECUENCIA		LÍMITE SATISFACTORIO		LÍMITE CRÍTICO		RESPONSABLE MEDICIÓN		RESPONSABLE ANÁLISIS		ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO	
%		Trimestral		100%		15%		Residente SST		Responsable SST		Gerente General	
FUENTE DE INFORMACIÓN								FÓRMULA DE CÁLCULO					
Programa de Inducción y Reinducción								N° de personas con inducción/N° de personas programadas*100					
COMPORTAMIENTO INDICADOR													
FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:				Mensual							Mensual	2024	
MESES		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Personas con induccion		0	61	24									
Personas programadas		0	61	24									
Índice		#¡DIV/0!	100	100	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
MEDICIÓN													
Periodo	Índice	Limite Satisfactorio	Limite Critico	Meta Objetivo									
Ene	0	90	80	0									
Feb	100	90	80	0									
Mar	100	90	80	0									
Abr	#¡DIV/0!	90	80	0									
May	#¡DIV/0!	90	80	0									
Jun	#¡DIV/0!	90	80	0									
Jul	0	90	80	0									
Ago	0	90	80	0									
Sep	#¡DIV/0!	90	80	0									
Oct	#¡DIV/0!	90	80	0									
Nov	#¡DIV/0!	90	80	0									
Dic	#¡DIV/0!	90	80	0									
ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR													
Enero													
Febrero													
Se cumplió con el 100% de cobertura en el proceso de inducción													
Marzo													
Se cumplió con el 100% de cobertura en el proceso de inducción													
Abril													
Mayo													
Junio													

Julio
Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Diciembre

<div><div></div><div>AM&CIA</div><div>CONSTRUCTORA</div><div>Generando Innovación...</div></div>			FICHA DE INDICADOR						SIG-F-005				
									V-2				
DEFINICIÓN DEL INDICADOR													
NOMBRE DEL INDICADOR													
INDICE DE AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA													
OBJETIVO DEL INDICADOR				TIPO DE INDICADOR		LÍNEA BASE		META OBJETIVO					
								META		PLAZO DE CUMPLIMIENTO		VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO	
Conocer la ausencia de trabajo por causa médica				Resultado		0		0		Mensual		Anual	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR													
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA		LÍMITE SATISFACTORIO		LÍMITE CRÍTICO		RESPONSABLE MEDICIÓN		RESPONSABLE ANÁLISIS		ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO		
Unidad	Mensual		0		20		Residente SST		Responsable SST		Gerente General		
FUENTE DE INFORMACIÓN							FÓRMULA DE CÁLCULO						
Reporte de ausencias del trabajo							(N° de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes/N° días programados en el mes) * 100						
INTERPRETACIÓN					En el mes de perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica								
COMPORTAMIENTO INDICADOR													
FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:			Mensual							Año		2024	
MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Numero de Colaboradores		61	99										
Días cargado en el mes		0	0	0	0	0							
Días Perdido por AT		0	0	0	0	0	10						
Índice	#¡DIV/0!	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
MEDICIÓN													
Periodo	Índice	Limite Satisfactorio	Limite Critico	Meta Objetivo	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><</div>								

Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Diciembre