www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

34

BIENESTAR FAMILIAR
Clasificada

No. 20233740000194222 Código Web:
P8Apm1PRGXrqc7MQwSZBfg/Wf6g=
Radicado angela.giraldog Fecha: 12/12/2023 17:34:13 Folios: 1
Remitente: ARINKO INGENERIA S.A.S
Destino: Grupo Administrativo (Caldas)
Asunto: CONTRATO 17002122023

ARINKO
INGENIERÍA S A S

Manizales, Diciembre 12 de 2023.

Doctora:
Claudia Rivera.
Supervisora contrato No 17002122023.

Ref. Contrato No 17002122023 que tiene por objeto "REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y RESTAURACIÓN DE LA PINTURA DE LA FACHADA EXTERNA Y CARPINTERIA METÁLICA DEL INMUEBLE DONDE FUNCIONA LA SEDE PRINCIPAL DEL ICBF REGIONAL CALDAS; ASÍ COMO EL MANTENIMIENTO DE LAS SEDES CESPA, SEDE LINARES EN MANIZALES, Y EN EL MUNICIPIO DE CHINCHINÁ, CENTRO ZONAL DEL CAFÉ"

Por medio del presente en calidad de Representante de ARINKO INGENIERIA S.A.S., tomando como referencia el requerimiento de Marcela Puentes, referente SST Regional Caldas, en la que manifiesta la necesidad emplear andamios eléctricos de conformidad a la norma

Se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Tal como ustedes conocen, el estado de las conexiones eléctricas de la sede central del ICBF regional Caldas, presentan continuamente fallos, tanto así que en el proceso de demolición con nuestros equipos eléctricos, se vieron afectadas varios pisos, quedando suspendido el suministro eléctrico, por otra parte para el correcto funcionamiento de andamios eléctricos se debe tener en cuenta que los mismos requieren conexión a 220 V, pero hecha la revisión por nuestro ingeniero Electricista las instalaciones existentes no serán capaces de proveer la capacidad de este equipo, sin provocar daños o cortes del fluido eléctrico en la entidad.

2. De acuerdo a las especificaciones técnicas el cual hace parte integral del contrato, puntualmente en el ítem 1,2 MANTENIMIENTO Y PINTURA DE FACHADAS, entre los equipos requeridos se relacionan los que se muestran en el siguiente cuadro:

ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

375

9 EQUIPO
• Equipo menor de albañilería. • Equipo para transporte vertical y horizontal. • Equipo para mezcla de estucos. • Equipo para trabajo en alturas (Arnés, Eslingas, etc.)

Tomando la información anterior se evidencia la inexistencia en las especificaciones técnicas para el desarrollo de la actividad el empleo de equipos generadores de electricidad, más aun con una capacidad de 68 KVA la cual es requerida para el correcto funcionamiento del equipo que manifiesta la entidad para la ejecución , a esto se debe incluir el costo del combustible y el costo del operario, lo que suma aproximadamente $733.027 diario + AIU y costos de transporte, requiriendo por parte de la entidad en presupuesto aproximado de $55.918.260 hasta el 15 de febrero de 2024, los cuales nos gustaría saber cómo serán adicionados para ejecutar la actividad de conformidad al requerimiento realizado por ustedes el cual no está contemplado dentro del alcance en las especificaciones técnicas del contrato.

3. Por nuestra parte estamos planteando solución mediante utilización de andamios manuales con cables de acero certificados, plataformas metálicas y barandillas, los cuales por parte de nuestro proveedor será entregada su hoja de vida, esto en concordancia a la Resolución 4272 de 2021, en el CAPITULO III, SISTEMAS DE ACCESO DE TRABAJO. ARTICULO 16. SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

   Numeral 8: En el caso de sistemas suspendidos por cables (***andamios o canastas para transporte de personal***), del tipo eléctrico, neumático o ***manual***, ***lo correspondiente a cables, conectores, poleas, y cualquier otro componente del sistema, debe ser certificado***...

   Numeral 10: ***Se debe tener una hoja de vida de los equipos elevadores de personas, escaleras, y andamios en los cuales sus partes cuentan con un solo diseño, donde estén consignados como mínimo los datos de: marca, serial, fecha de fabricación, tiempo de vida útil, historial de uso, registros de inspección, registros de mantenimiento, ficha técnica, certificación del fabricante y observaciones. En sistemas de acceso que se encuentren por partes, donde no es posible tener hojas de vida, y el empleador los usa en diferentes configuraciones, se deben tener identificadas las partes de diferentes marcas y/o referencias y mantener los registros de inspección***

ARINKO
INGENIERIA S.A.S

Quedamos atentos a una pronta respuesta ya que es necesario definir de manera urgente esta situación porque está retrasando aún mas las actividades de lavado, resanes, pintura, resanes, limpieza de ventanas, mantenimiento de alfajías, suministro de corta goteras

Cordialmente,

JOHN JAIRO ACOSTA SANTANDER.
Representante Legal
ARINKO INGENIERIA S.A.S.

ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

377

felipelondono@gmail.com>

a.RiveraB@icbf.gov.co>
@hotmail.com>;Pilar Ortegon Agudelo <ingpilarortegon@gmail.com>;John Cleider Delgadillo Osorio <John.Delgadillo@icbf.gov.co>;Yuri Lorena Jaramillo Hoyos

arquesina de linares el dia Jueves 21 de Diciembre para que por favor programemos con el personal del ICBF de la sede. Esto obedece a que
certificados y realizar la logistica del caso para ejecutar. Le estaré informando acerca de lo que podamos encontrar.

Claudia Rivera Bermudez (<Claudia.RiveraB@icbf.gov.co>) escribió:

eñores ARINKO Ingeniería S.A.S

quesina interna de la sede LIJNARES, solicitando amablemente la intervención en calidad de garantía del mantenimiento de cubierta de esta
de obra pública en curso con el ICBF Regional Caldas.

solicito su apoyo para que sean reportados los arreglos efectuados sobre esta cubierta.

378

Claudia Rivera Bermúdez

Profesional Especializado

Coordinadora Grupo Administrativo

Grupo Administrativo

ICBF Sede Regional Caldas

Cra 23 # 39 – 60 Manizales, Caldas

43

A

Gonzalez <Karen.Pinzon@icbf.gov.co>
iembre de 2023 10:30 a. m.
z <Claudia.RiveraB@icbf.gov.co>
s

379

ideo donde se evidencia que hoy en linares se sigue filtrando el agua por el techo.

ón

Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su tinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las aje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el osoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus utorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

s message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the nt, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit : www.icbf.gov.co

ste correo a menos que sea absolutamente necesario.

árbol

360

ra publica

udia.RiveraB@icbf.gov.co>

ıg@hotmail.com>;Pilar Ortegon Agudelo <ingpilarortegon@gmail.com>;Carlos Felipe Londoño <carlosfelipelondono@gmail.com>
ın.Delgadillo@icbf.gov.co>;Marcela Puentes Gomez <Marcela.Puentes@icbf.gov.co>

4

ın radicado No. 202337400000199452 del 21 de diciembre de 2023 (adjunto), en el marco del contrato de obra pública No. 17002122023,
ed menciona, así:

abajo del constado oriental del Piso 6, para instalación de andamios para labores de fachada

n en la parte de afuera del acceso al Sótano 1 y las barandas.

e informará a todos los funcionarios que están sobre el costado a intervenir desde el 26 de diciembre de 2023 y se informó al equipo de vigilancia para
les quitarán las rejas.

ZS1lZGQANC04YmRhLTAwAi0wMAoAEAATxWRtAB5MAKg5jkOy%2FVCm

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR ıe recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you ıave absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, n to its name. Web site: www.icbf.gov.co

382

ZS1lZGQANC04YmRhLTAwAi0wMAoAEAATxWRtAB5MAKg5jkOy%2FVCm

SO Obra Pública ARINKO

udia.RiveraB@icbf.gov.co>

g@hotmail.com>;Carlos Felipe Londoño <carlosfelipelondono@gmail.com>;Pilar Ortegon Agudelo <ingpilarortegon@gmail.com>
Puentes@icbf.gov.co>;Gloria Ines Calvo Mejia <Gloria.Calvo@icbf.gov.co>;Paula Andrea Torres Munoz <Paula.Torres@icbf.gov.co>;Luis Fernando Motato Rojas
alez Arias <Sindy.Gonzalez@icbf.gov.co>;Julio Cesar Ortiz Mora <JulioC.Ortiz@icbf.gov.co>

ados Señores ARINKO Ingeniería

ue una vez revisada la hoja de vida de la Profesional, Lina María Salgado Aguirre, de la cual fue requerido por ustedes el aval esidente SISO del contrato No. 17002122023, suscrito entre ARINKO Ingeniería y el ICBF, el mismo cumple con lo establecido écnicas del contrato, por lo cual puede desempeñarse en este rol.

s por su atención.

Claudia Rivera Bermúdez
Profesional Especializado
Coordinadora Grupo Administrativo
Grupo Administrativo
ICBF Sede Regional Caldas
Cra 23 # 39 – 60 Manizales, Caldas
Teléfono: 606 8928017 Ext. 600043
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

rcela.Puentes@icbf.gov.co>
2024 3:28 p. m.
Claudia.RiveraB@icbf.gov.co>
a SISO Obra Pública ARINKO

ida enviada y se verifican los siguientes aspectos:

cencia SST vigente.
l curso del Sistema de Gestión SST vigente
l curso de coordinador de alturas actualizado.
l curso avanzado en alturas vigente (Enviado via WhatsApp) aunque se encuentra radicado con otro empleador.

mentación requerida establecida en la guía de adquisiciones de bienes y servicios, para las obligaciones SST relacionadas al Contrato de obra.

requeridas para contar con la certificación del curso avanzado en alturas con la empresa actual. Pero no limita el inicio de ejecución de labores.

.

MBIA
IA DE LA
DA

Salud en el Trabajo

398

laudia.RiveraB@icbf.gov.co>
)24 2:25:00 PM
Marcela.Puentes@icbf.gov.co>
a SISO Obra Pública ARINKO

ı, porfa ayuda, gracias

) de 2024 1:15 p. m.
Marcela.Puentes@icbf.gov.co>
<Olga.Valencia@icbf.gov.co>
SO Obra Pública ARINKO

)ara revisar si existe cumplimiento de SST aportados por este nuevo perfil para la obra pública. Quedo atenta, mil gracias

Claudia Rivera Bermúdez
Profesional Especializado
Coordinadora Grupo Administrativo
Grupo Administrativo
ICBF Sede Regional Caldas
Cra 23 # 39 – 60 Manizales, Caldas
Teléfono: 606 8928017 Ext. 600043
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

35

37400

Al contestar cite este número

Radicado No:
20243740000014501

Manizales, 2024-02-14

Señores,
ARINKO INGENIERIA S.A.S
CARRERA 23 C # 62 - 06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CALDAS - MANIZALES_CALDAS

ASUNTO: Comité de obra extraordinario.

Reciba un cordial saludo,

En el marco del contrato de obra pública No. 17002122023 de fecha del 27 de octubre de 2023, celebrado entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Arinko Ingeniería S.A.S., por medio del presente escrito y en calidad de supervisora de este, solicito comité de obra extraordinario.

1. **HECHOS QUE FUNDAMENTAN LA SOLICITUD**

PRIMERO: que, el día 30 de octubre de 2023, se suscribió a través de la plataforma del SECOP II el contrato de obra pública No. 17002122023 con la empresa **Arinko Ingeniería S.A.S** identificado con NIT: 900.728.910-8, cuyo objeto es "**REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y RESTAURACIÓN DE LA PINTURA DE LA FACHADA EXTERNA Y CARPINTERIA METÁLICA DEL INMUEBLE DONDE FUNCIONA LA SEDE PRINCIPAL DEL ICBF REGIONAL CALDAS; ASÍ COMO EL MANTENIMIENTO DE LAS SEDES CESPA, SEDE LINARES EN MANIZALES, Y EN EL MUNICIPIO DE CHINCHINÁ, CENTRO ZONAL DEL CAFÉ**".

SEGUNDO: que, acorde con lo establecido en el **numeral 6.2.4. "especificaciones generales para la obra civil" de la Ficha de Condiciones Técnicas del contrato**, establece la obligatoriedad que le asiste al contratista de dar cumplimiento a los requerimientos de la ficha, detallando lo siguiente:

> *"(...) **También será por cuenta del contratista las instalaciones provisionales de agua y energía que sean necesarias para el correcto desarrollo de los trabajos, lo mismo que los derechos y las cuentas de consumo por dichos servicios durante la ejecución de la obra** (..)".*

Así las cosas, de conformidad con lo establecido en la FCT, el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR solicita al contratista un **comité de obra extraordinario el 14 de febrero de 2024 a las 4:00 p.m.**, con el fin de revisar y determinar la forma en la cual se reintegrará a la Entidad el pago de los servicios públicos de agua y energía consumidos durante la ejecución de las actividades inmersas en la obra.

CLAUDIA RIVERA BERMUDEZ
Supervisora del Contrato
Grupo Administrativo
ICBF Regional Caldas
Proyectó: Nayiby Giraldo- referente ambiental ICBF Regional Caldas

io

<John.Delgadillo@icbf.gov.co>

g@hotmail.com>;Pilar Ortegon Agudelo <ingpilarortegon@gmail.com>;Carlos Felipe Londoño <carlosfelipelondono@gmail.com>
RiveraB@icbf.gov.co>

ité de obra extraordinario para tratar tema sobre las especificaciones generales para la obra de la Fecha de Condiciones Técnicas del

John Cleider Delgadillo Osorio
Arquitecto-Contratista
Grupo Administrativo
ICBF Sede Regional Caldas
Carrera 23 No. 39 60
Teléfono: 606 8928017 Ext. 600055
www.icbf.g

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su

essage and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. t completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this ecessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have

3889

lata and contact information of the sender or to whom we sent)k and general information message or its attacl)nts, unless there is an explicit authorization to its

ervicios públicos

inko.ing@hotmail.com>

iraldo@icbf.gov.co>;carlosfelipelondono@gmail.com <carlosfelipelondono@gmail.com>

ompartir los valores en dinero, para proceder con la devolución pertinente, de igual manera las facturas que soportan los mismos.

COSTA SANTANDER.
2-06 Ed. FORUM
TER. Of. 304.
das.

---

by.Giraldo@icbf.gov.co>
de 2024 12:07 p. m.
com <carlosfelipelondono@gmail.com>; arinko.ing@hotmail.com <arinko.ing@hotmail.com>
rvicios públicos

uimiento a consumos de servicios públicos de agua y energía durante la vigencia 2023.

309

Nayiby Giraldo Ramirez
Contratista
Grupo Administrativo
ICBF Sede Regional Caldas
Carrera 23 # 39-60
Teléfono: 606 8928017 Ext. 600053
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y
o, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional
IENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o
eral la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

essage and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient.
t completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this
ecessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have
lata and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its

391

AZS1lZGQANC04YmRhLTAwAi0wMAoAEAD5ReXQP3NIFajEGLDkYcSd

NOMBRE REGIONAL, CENTRO ZONAL O INMUEBLE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		NIVEL DE COMPROMISO EN CONSUMO DE ENERGIA
Centro Zonal Manizales 1	1111	1233	1314	1294	1390	1270	1215	1284	1394	1328	1276	1192		
Centro Zonal del Café	1289	1735	1458	1546	1897	1659	1714	1793	2128	1831	1643	1816		
LINARES	509	519	530	496	491	434	471	460	495	502	528	572		
CESPA	2071	2160	2236	2070	2312	2217	2134	2143	2232	2165	2041	1901		
Sede Regional y Centro Zonal Manizales 2	9256	9320	10400	8644	9876	9440	8560	8842	9554	9176	8948	8484	7960	
Centro Zonal Norte	968	1045	923	1076	978	1013	1093	991	1055	1033	1247	1178		
Centro Zonal Oriente	3637	4553	3780	3870	4680	4590	4440	5340	5089	3881	4320	4410		
Bodega Oriente	5	5	5	4	17	4	5	7	14	5	5	5		
Centro Zonal Suroriente Sede 1	806	909	814	774	864	958	908	962	1062	942	916	917		
Centro Zonal Suroriente Sede 2	348	408	382	381	433	397	402	439	472	454	403	433		
Centro Zonal Occidente 1	1013	1179	1003	1013	986	954	1025	1144	1028	1022	997	886		

NOMBRE REGIONAL CENTRO ZONAL O INMUEBLE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	LINEA BASE VIGENCIA 2023	NIVEL DE COMPROMISO EN CONSUMO DE AGUA
Centro Zonal Manizales 1	18	17	18	17	20	17	18	18	18	17	15	15		18	
Centro Zonal del Café	17	17	16	16	16	18	15	9	16	16	15	15		15	
LINARES	15	17	16	16	15	16	16	19	18	20	16	14		15	
CESPA	29	40	38	41	41	41	81	32	59	48	34	47		44	
Sede Regional y Centro Zonal Manizales 2	167	230	213	178	203	211	182	175	180	167	188	206	154	169	
Centro Zonal Norte	13	18	14	15	14	15	15	14	17	14	11	14		25	
Centro Zonal Oriente	22	75	68	41	128	42	40	39	67	77	14	46		49	
Bodega Oriente	1	1	1	3	1	0	1	1	22	0	0	0		1	
Centro Zonal Suroriente Sede 1	12	14	13	13	11	14	16	15	17	20	20	19		14	
Centro Zonal Suroriente Sede 2	5	5	5	8	6	6	6	6	7	6	8	6		6	
Centro Zonal Occidente 1	4	10	11	10	8	8	8	9	11	12	6	10		11	
Centro Zonal Occidente 2	23	13	12	17	6	16	22	11	18	12	12	10		12	
									29	24	18	20			

393

ARINKO
INGENIERIA S.A.S

7. INFORME SISO

ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo

INFORME

OBJETO: "REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y RESTAURACIÓN DE LA PINTURA DE LA FACHADA EXTERNA Y CARPINTERIA METÁLICA DEL INMUEBLE DONDE FUNCIONA LA SEDE PRINCIPALDEL ICBF REGIONAL CALDAS".

INFORME No.02

CONTRATISTA:

ARINKO INGENIERIA S.A.S

PROFESIONAL SST:
LINA MARIA SALGADO AGUIRRE

FECHA: 09/02/2024

395

ARINKO
INGENIERÍA S A S

INFORME No.02 DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1- NÚMERO DE TRABAJADORES: 23

El personal que trabajó en el contrato del 11 de enero al 9 de febrero de 2024 fue:

item	TRABAJADOR	DOCUMENTO	CARGO	F. INGRESO	F. RETIRO
1	CARLOS FELIPE LONDOÑO		DIRECTOR OBRA	01/11/2023	
2	YAMILET DEL PILAR ORTEGON AGUDELO	52,215,204	INGENIERA RESIDENTE	01/11/2023	
3	LINA MARIA SALGADO AGUIRRE	25,234,961	RESIDENTE SYSO	03/01/2024	
4	HOMERO SALAZAR HERNANDEZ	10,258,915	SOLDADOR	01/11/2023	
5	ANTIDIO MEDINA SAPULLES	14,545,120	AYUDANTE	28/07/2023	
6	CRISTIAN ALEJANDRO MENESES CARDENAS	1,054,994,827	OFICIAL	28/07/2023	
7	JUAN DAVID OCHOA CIFUENTES	1,060,646,620	AYUDANTE	28/07/2023	
8	DIEGO ARMANDO ARANGO GARCIA	1,053,808,658	OFICIAL	04/08/2023	
9	CRISTIAN CAMILO MANSO MUÑOZ	1,053,802,580	AYUDANTE	17/10/2023	
10	JOHAN SEBASTIAN GIRALDO FRANCO	1,053,839,999	AYUDANTE	18/10/2023	24/01/2024
11	JHOVANNY MARIN ZAPATA	75,091,232	AYUDANTE	28/11/2023	16/01/2024
12	VICTOR ALEXIS JIMENEZ ESPINOZA	75,091,232	OFICIAL	01/12/2023	3/02/2024
13	EDWIN ENRIQUE PUEBLO VILLALBA	73188880	OFICIAL	01/12/2023	3/02/2024
14	JOSE FERNANDO QUINTANA	73,188,880	OFICIAL	11/01/2024	
15	JOSE ORLANDO RAMIREZ	75079553	AYUDANTE	20/01/2024	
16	CRISTIAN ANDRES SANCHEZ	1053798928	AYUDANTE	22/01/2024	
17	CARLOS IVAN MORALES TORO	1006023338	AYUDANTE	22/01/2024	30/01/2024
18	DIEGO FRANH CASTAÑO SOTO	1060651234	OFICIAL	24/01/2024	
19	OSCAR DE JESUS CORREA ESCOBAR	75063946	OFICIAL	24/01/2024	
20	JUAN DAVID LOPEZ	16074783	OFICIAL	05/02/2024	
21	EDWIN VINASCO LOPEZ	75076497	AYUDANTE	05/02/2024	
22	JOHAN SEBASTIAN GAÑAN DAVILA	1007831544	AYUDANTE	05/02/2024	
23	EDISON ANTONIO GIRALDO MARTINEZ	1053849989	AYUDANTE	05/01/2024	

2- INGRESOS:

El personal que ingreso entre el 11 de enero y el 9 de febrero de 2024 fue:

item	TRABAJADOR	DOCUMENTO	CARGO	F. INGRESO	F. RETIRO
1	JOSE FERNANDO QUINTANA	73,188,880	OFICIAL	11/01/2024	
2	JOSE ORLANDO RAMIREZ	75079553	AYUDANTE	20/01/2024	

3	CRISTIAN ANDRES SANCHEZ	1053798928	AYUDANTE	22/01/2024	
4	CARLOS IVAN MORALES TORO	1006023338	AYUDANTE	22/01/2024	30/01/2024
5	DIEGO FRANH CASTAÑO SOTO	1060651234	OFICIAL	24/01/2024	
6	OSCAR DE JESUS CORREA ESCOBAR	75063946	OFICIAL	24/01/2024	
7	JUAN DAVID LOPEZ	16074783	OFICIAL	05/02/2024	
8	EDWIN VINASCO LOPEZ	75076497	AYUDANTE	05/02/2024	
9	JOHAN SEBASTIAN GAÑAN DAVILA	1007831544	AYUDANTE	05/02/2024	
10	EDISON ANTONIO GIRALDO MARTINEZ	1053849989	AYUDANTE	05/01/2024	

3- RETIROS:

El personal que se retiró entre el 11 de enero y el 9 de febrero de 2024 fue:

item	TRABAJADOR	DOCUMENTO	CARGO	F. INGRESO	F. RETIRO
10	JOHAN SEBASTIAN GIRALDO FRANCO	1,053,839,999	AYUDANTE	18/10/2023	24/01/2024
11	JHOVANNY MARIN ZAPATA	75,091,232	AYUDANTE	28/11/2023	16/01/2024
12	VICTOR ALEXIS JIMENEZ ESPINOZA	75,091,232	OFICIAL	01/12/2023	3/02/2024
13	EDWIN ENRIQUE PUEBLO VILLALBA	73188880	OFICIAL	01/12/2023	3/02/2024
17	CARLOS IVAN MORALES TORO	1006023338	AYUDANTE	22/01/2024	30/01/2024

4- NÚMERO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES:

En el periodo comprendido entre el 11 de enero al 09 de febrero de 2024, se presentó un (2) accidentes de trabajo leves, lo cual genero 4 días de incapacidad.

- **Descripción del AT:** El dia15 de enero de 2024, el señor Jhovanny Alberto Marín (Ayudante), reporta que presenta molestias en el ojo izquierdo, producto de su exposición a material particulado, mientras estaba utilizando la pulidora.

Inmediatamente el señor Jhovanny, fue remitido a la clínica de la presentación para su debida atención médica.

- **Descripción del AT:** El señor diego, se encontraba pintando la fachada del edificio, utilizando como medio de acceso un andamio colgante

(malacate), en horas de la tarde reporta una leve molestia en su hombro derecho, dice que la molestia que presenta está asociada al esfuerzo que estuvo realizando al accionar la palanca del andamio. Al día siguiente el señor diego, reporto fuerte dolor a nivel de su hombro derecho, por lo cual se remitió a la respectiva valoración médica.

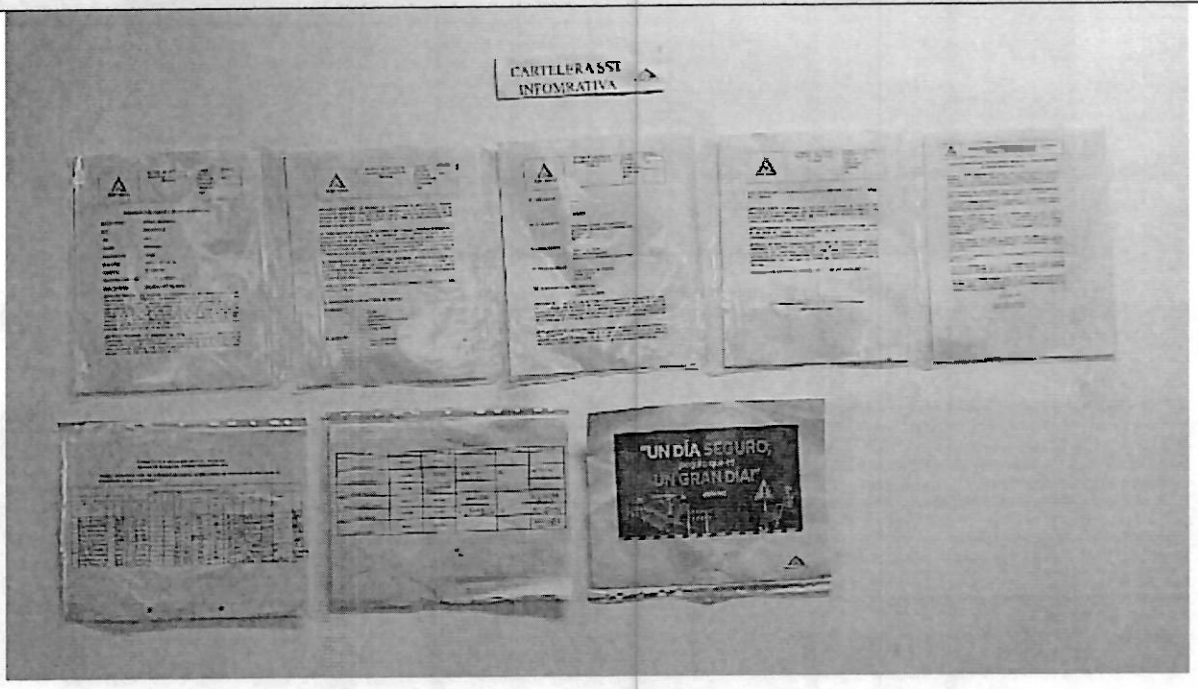
Anexo:

5- ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO:

- ✓ Inducción para el ingreso del personal.
- ✓ Se realiza reentrenamiento en alturas al personal que ingresa nuevo.
- ✓ Capacitación **"Uso correcto de EPP".**
- ✓ Capacitación "**Mecanismos para la activación del plan de rescate en alturas durante la pintura de la fachada**".
- ✓ Capacitación **"Uso correcto de equipos de protección conta caídas".**
- ✓ Inducción **"Uso de ascendedor, descendedor y silla para trabajo seguro en alturas"**
- ✓ Capacitación **"Prevención del síndrome del arnés"**
- ✓ Actividad de calistenia y pausas activas diarias.
- ✓ Entrega de dotación.
- ✓ Entrega de elementos de protección personal.
- ✓ Coordinación de actividades de alto riesgo: Trabajo en alturas y trabajo en caliente – Soldadura de estructuras metálicas.
- ✓ Revisión y validación de permisos de trabajo en altura.
- ✓ Revisión preoperacional de andamios y puntos de anclajes.

- ✓ Verificar la señalización de áreas de trabajo.
- ✓ Se realiza socialización ATS- Riesgos asociados a las actividades desarrolladas.
- ✓ Se realiza inspección de elementos para emergencias (botiquines, camilla).

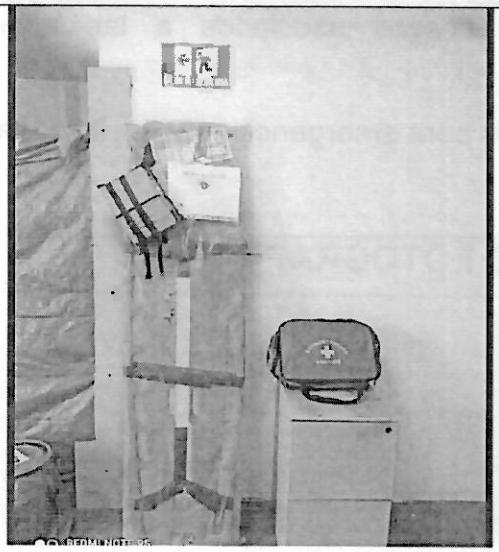
REGISTRO FOTOGRÁFICO



Se ubica cartelera SG-SST, en las cuales se encuentra la siguiente informacion para elpersonal de ARINKO INGENIERIA S.A.S:
Reglamento de higiene y seguridad industrial, de la empresa ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Politicas empresarial de SG-SST, de la empresa ARINKO INGENIERIA S.A.S.
MEDEVAC, con la informacion de los trabajadores de la empresa ARINKO INGENIERIA S.A.S.

ARINKO
INGENIERÍA S.A.S

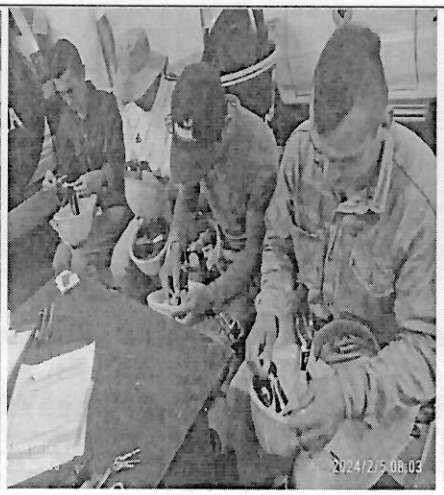
REGISTRO FOTOGRÁFICO





Ubicacion en la entrada al sotano 3 de elementos para emergencia: Botiquin tipo B y camilla portatil .







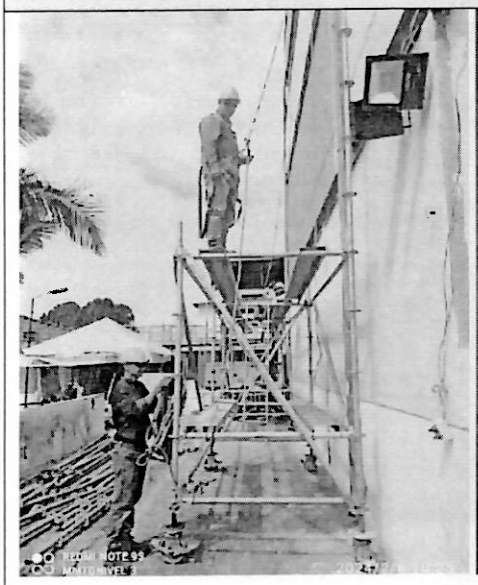
Inducción para el personal nuevo.

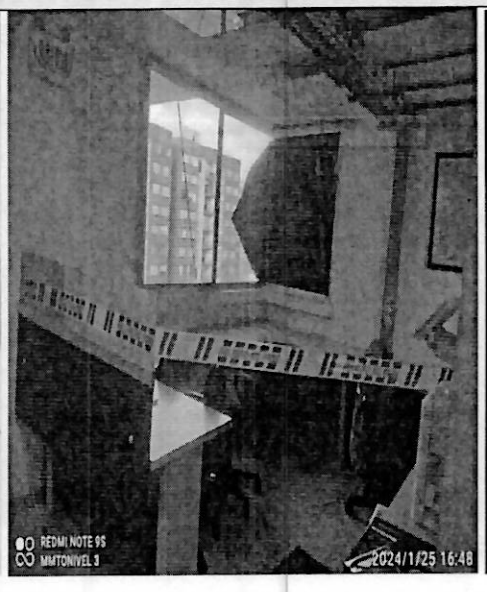
Entrega de EPP y EPCC.

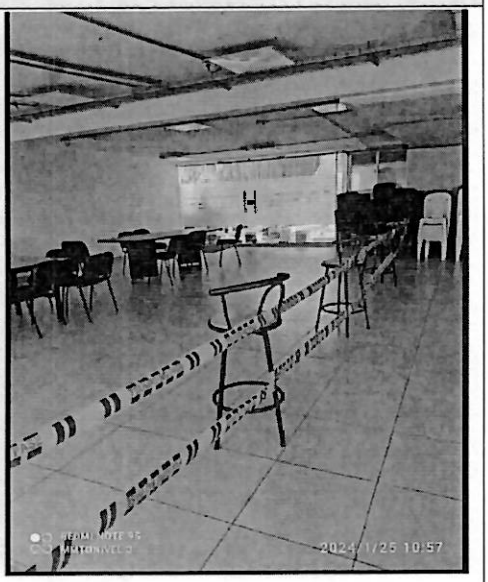
ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

ARINKO
INGENIERIA S A S

REGISTRO FOTOGRÁFICO

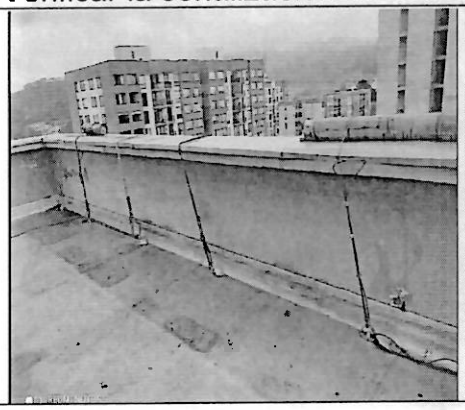


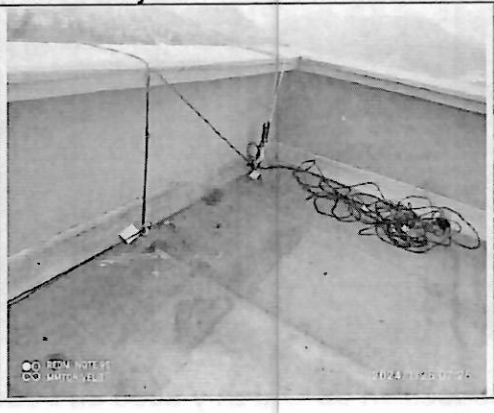


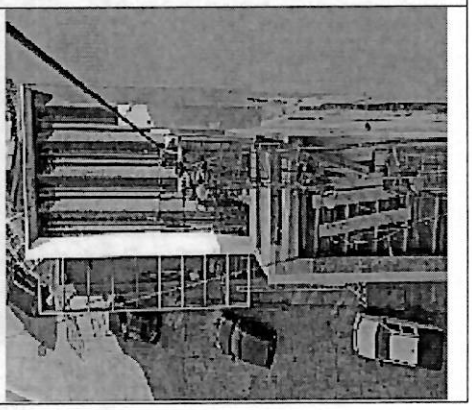


Coordinación de actividades de alto riesgo: Trabajo en alturas y trabajo en caliente – Soldadura de estructuras metálicas.

Verificar la señalización de áreas de trabajo.





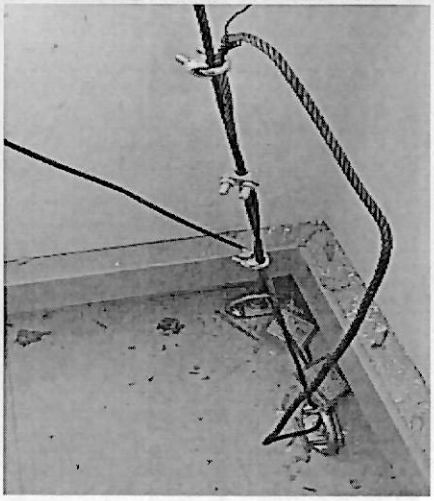
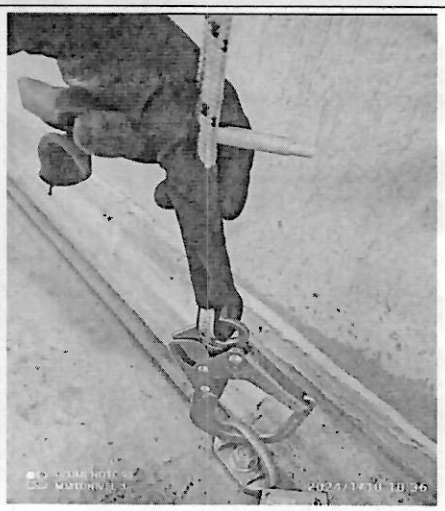


ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

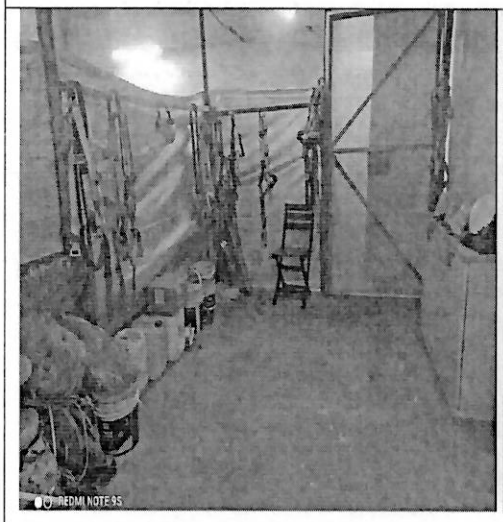
398. 7

ARINKO
INGENIERIA S.A.S

REGISTRO FOTOGRÁFICO

✓ Revisión preoperacional de andamios y puntos de anclajes.







Inspeccion de Orden y aseo en bodega

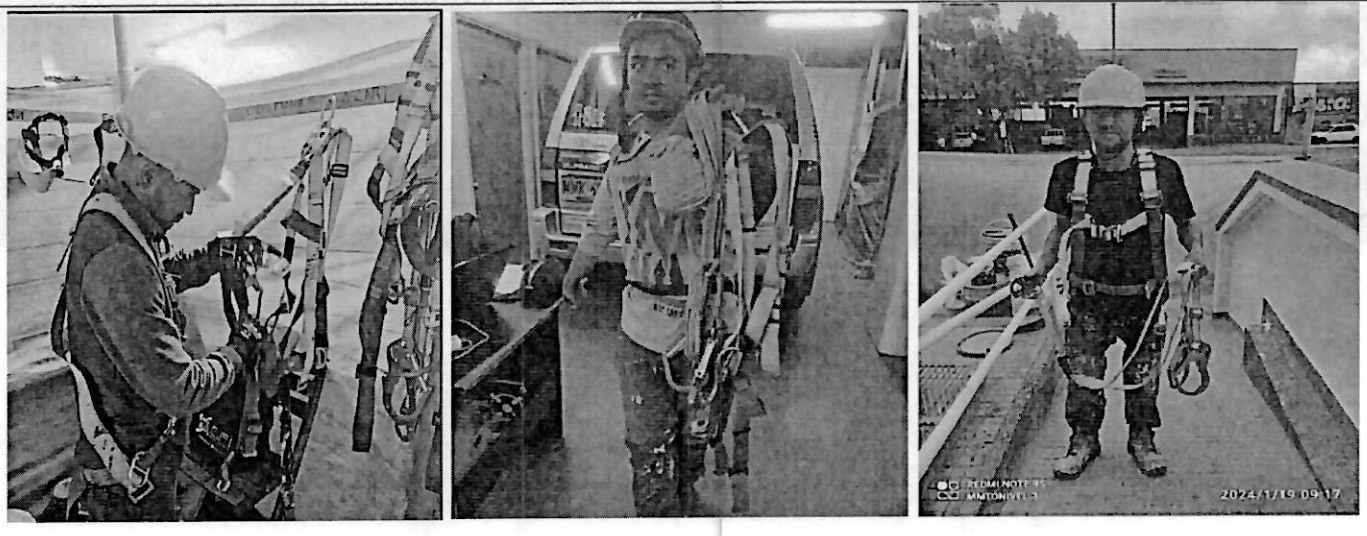
ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

ARINKO
INGENIERÍA S.A.S

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Entrega de elementos de proteccion personal (Casco, gafas oscuras, guantes de vaqueta, guantes de Nylon)

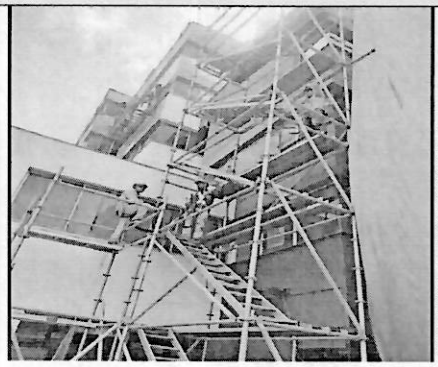
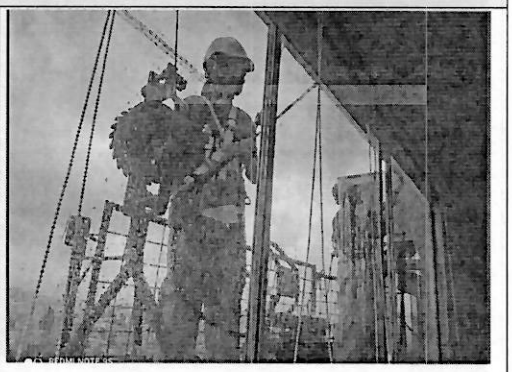


Inspección de EPPCC.

ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

ARINKO
INGENIERIA S.A.S

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Inspección de uso correcto de EPP y EPPCC.





ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

ARINKO
INGENIERÍA S A S

REGISTRO FOTOGRÁFICO





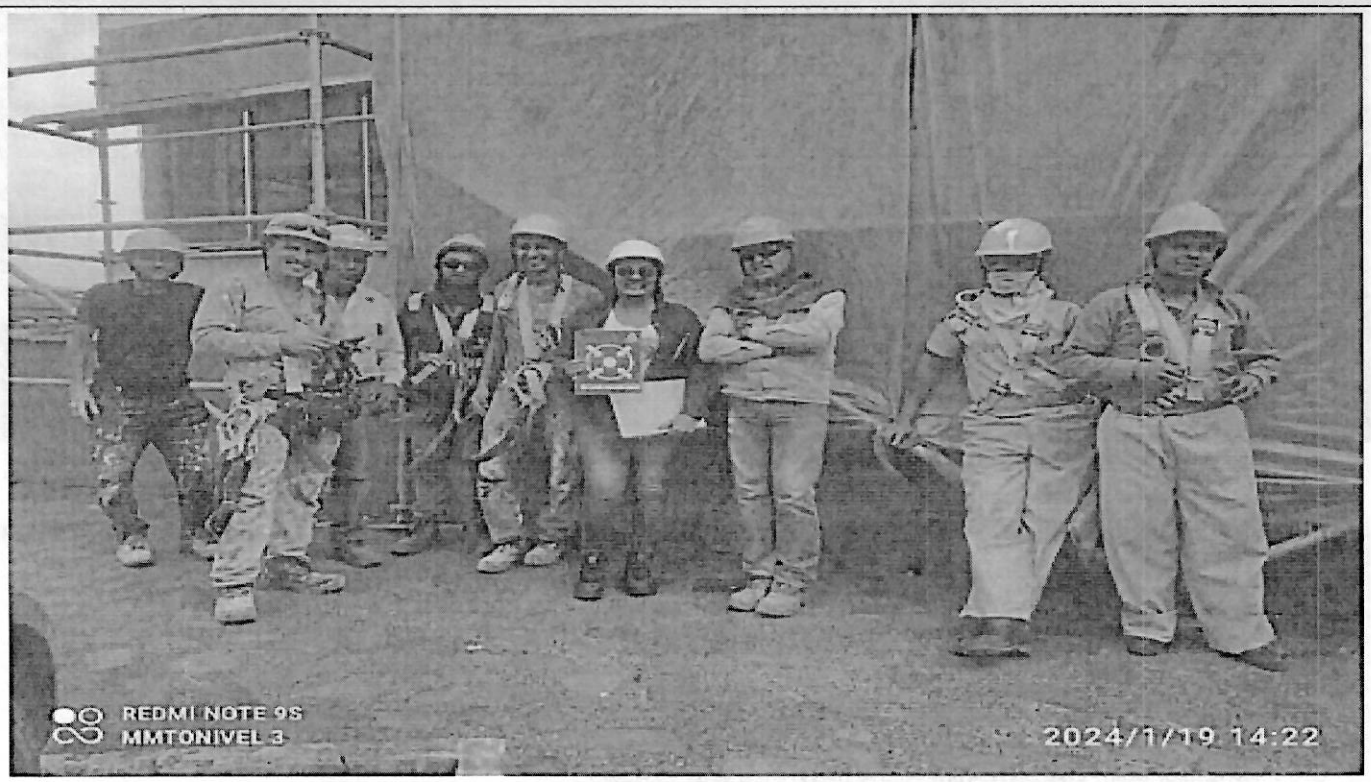

- ✓ Capacitación **"Uso correcto de EPP".**
- ✓ Capacitación "**Mecanismos para la activación del plan de rescate en alturas durante la pintura de la fachada**".
- ✓ Capacitación **"Uso correcto de equipos de protección conta caídas".**
- ✓ Inducción **"Uso de ascendedor, descendedor y silla para trabajo seguro en alturas"**
- ✓ Capacitación **"Prevención del síndrome del arnés.**

ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

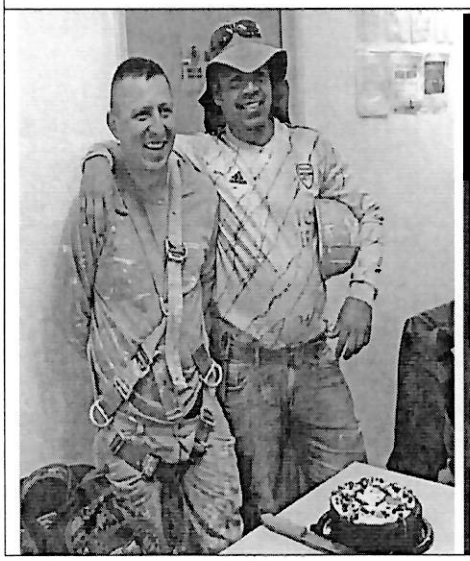
400

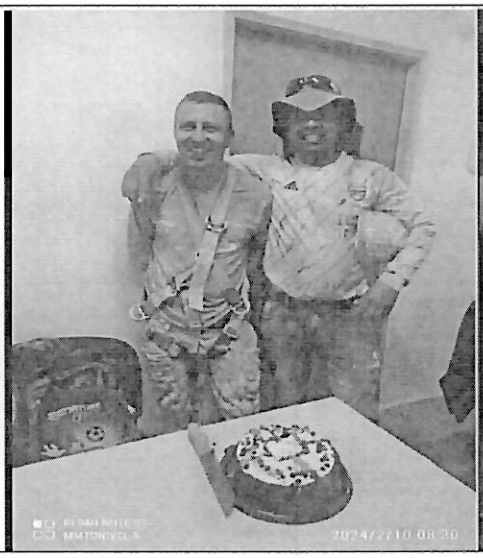
ARINKO
INGENIERÍA S A S

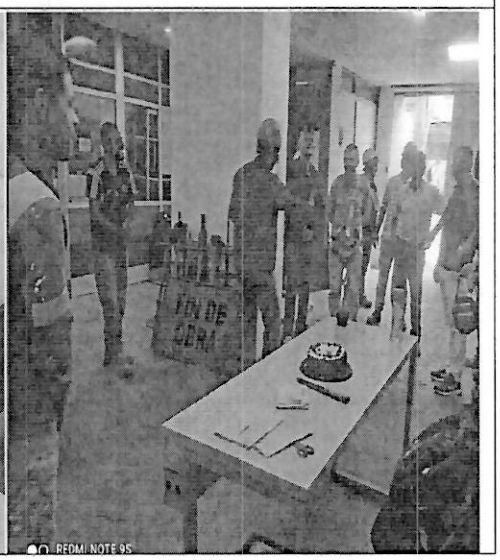
REGISTRO FOTOGRÁFICO



Se realiza evacuacion de cada frente de trabajo,debido a movimientos teluricos.







ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

ARINKO
INGENIERÍA S.A.S

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Actividad de bienestrar laboral: El dia sabado 13 de enero de 2021, se realiza la celebracion de cumpreaños del personal

4. CONCLUSIONES

- Se debe mantener señalización hasta que se culmine la actividad desarrollada, para prevenir accidentes con transeúntes y de tránsito (poli sombra verde, bombones y cinta de seguridad).
- Realizar calistenia al iniciar las actividades laborales, haciendo movimientos de grupos musculares, más que en la potencia y el esfuerzo, con el objetivo de desarrollar la agilidad, la fuerza física y la flexibilidad, con el fin de fortalecer el buen funcionamiento articular y muscular.
- Realizar pausas activas de tres minutos, cada tres horas.
- Inspeccionar los EPPCC, todos los días antes de utilizarlos.

5. ANEXOS:

- Soportes de afiliación ARL, FPC, EPS de trabajadores que ingresaron nuevos a la obra.
- Fotocopias de cedulas
- Certificados de cursos de trabajador autorizado.
- Soportes de inducción.
- Soportes de entrega EPP y EPCC.
- Soportes de permisos para trabajos de alto riesgo.
- Soportes Inspección pre operacional de andamios.
- Soporte de inspección de equipos para atención de emergencias.

El presente informe fue elaborado por:

Lina María Salgado Aguirre
Profesional en SG-SST.

ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

ARINKO
INGENIERIA S A S

ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

Anexo 1:

- Soportes de afiliación ARL, FPC, EPS de trabajadores que ingresaron nuevos a la obra.

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 06 de Febrero de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ARINKO INGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - OBRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C10002300	QUINTANA TORO JOSE FERNANDO	11/01/2024		20M58130	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C75079553	RAMIREZ LLANOS JOSE ORLANDO	22/01/2024		35446139	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1053798928	SANCHEZ CRISTIAN ANDRES	14/11/2023		22723925	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1006023338	MORALES TORO CARLOS IVAN	02/01/2024		A283759o	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1060651324	CASTAÑO SOTO DIEGO FRANH	24/01/2024		3624642R	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C75063946	CORREA ESCOBAR OSCAR DE JESUS	07/12/2023		162X163B	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C16074783	LOPEZ OSORIO JUAN DAVID	14/11/2023		22927215	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C75076497	VINASCO LOPEZ EDWIN	05/02/2024		12521412	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1007831544	GAÑAN DAVILA YOAN SEBASTIAN	02/01/2024		q1231881	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1053849989	GIRALDO MARTINEZ EDISON ANTONIO	14/11/2023		R2003721	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C25234961	SALGADO AGUIRRE LINA MARIA	03/01/2024		14445167	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C102721522403729764

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/02/2024 08:16:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.249.204.211, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

403

15

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/02/2024, el empleador ARINKO INGENIERIAS SAS identificado con NIT número 900728910 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6747477	06/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	10002300	JOSEFERNANDO QUINTANA TORO	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Febrero del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

404

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
AFILIADOS COTIZANTES DETALLADO

Documento **NI 900728910** Razón social **ARINKO INGENIERIA SAS**

Información del afiliado Cotizante

Tipo de identificación	**Cédula de Ciudadanía**	Número de identificación	**75079553**
Nombres	**JOSE ORLANDO**	Primer apellido	**RAMIREZ**
Segundo apellido	**LLANOS**	Edad	**49**
Teléfono	**8932321**	Dirección	**CALLE 7 # 1N-12**
Sucursal	**Medellín**	Ciudad	**MANIZALES**

Información del P.O.S.(Plan Obligatorio de Salud)

EPS anterior		IPS	**ESCANOGRAFIA S.A.**
Grupo de ingresos	**(A) Ingresos Menores de 2 SML**	Semanas cotizadas	**47**
Estado prestación del servicio	**TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL**	Paga UPC	**N**

Grupo familiar

Identificación	Nombre	Parentesco	Edad	IPS	Semanas cotizadas	Cotiza	Estado	Paga UPC
CC 75079553	JOSE ORLANDO RAMIREZ LLANOS	TITULAR	49	ESCANOGRAFIA S.A.	47	S	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL	N

Fecha proceso 24/01/2024 10:50:06

No de Radicacion
4011263059

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|4|1|1|2|0|2|3

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

406 18

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011263059	1|5|1|1|2|0|2|3

. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
SANCHEZ (Primer apellido)	(Segundo apellido)	CRISTIAN (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1053798928	Femenino ☐ Masculino ☒	1|2|0|9|1|9|8|9

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18.Residencia

CR 31 16 04 Dirección	8802454 Telefono fijo	Telefono celular	CRTISITAN@GMAIL.COM Correo electronico
MANIZALES Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CALDAS Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ARINKO INGENIERIA SAS	NIT	900728910	01

39.Ubicación				
CR 23 52 31 Dirección	8765671 Teleéfono	JOHNACAS@HOTMAIL.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito	CALDAS Departamento

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2480812

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 900728910 ARINKO INGENIERIA SAS
Afiliado	CC 1006023338 CARLOS IVAN MORALES TORO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,300,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MANIZALES CR 23 C # 72 - 06 OFIC 304 EDIF FORUM BRRPALONEGRO
Fecha de ingreso	02/01/2024
Fecha de radicación	03/01/2024 03:44:34 p.m.
Código de Transacción	169954502
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 02/2024

407

Fecha de generación 03/01/2024

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011648814	2|4|0|1|2|0|2|4

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CASTAÑO (Primer apellido)	SOTO (Segundo apellido)	DIEGO (Primer nombre)	FRANH (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1060651324	Femenino ☐ Masculino ☒	0|4|0|9|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 10 MOLINOS 15 1	8387383		DIEGOCASTAO@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
VILLAMARIA	Urbana ☒ Rural ☐		CALDAS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institucion Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	CTRO MEDICO EL PARQUE VILLAMARIA CP - CTRO MEDICO EL PARQUE VILLAMARIA CP	STVLAMARIA - STVLAMARIA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ARINKO INGENIERIA SAS	NIT	900728910	01

39.Ubicacion				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 23 52 31	8765671	JOHNACAS@HOTMAIL.COM	MANIZALES	CALDAS

408

No de Radicacion
4011648814

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Rógimen Contributivo ☐ B. Rógimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo rógimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|4|0|1|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. ☐ Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran

52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. **Cotizante o cabeza de familia o beneficiario**

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva **institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declaro el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consista la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2397276

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 900728910 ARINKO INGENIERIA SAS
Afiliado	CC 75063946 OSCAR DE JESUS CORREA ESCOBAR
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,160,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MANIZALES CR 23 C # 72 - 06 OFIC 304 EDIF FORUM BRRPALONEGRO
Fecha de ingreso	07/12/2023
Fecha de radicación	16/12/2023 10:46:44 a.m.
Código de **Transacción**	169144670
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada **con éxito**	El periodo de inicio de pago es 01/2024

409

Fecha de generación 16/12/2023

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2220645

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1		
Empleador	NI 900728910 ARINKO INGENIERIA SAS	
Afiliado	CC 16074783 JUAN DAVID LOPEZ OSORIO	
Tipo de trabajador	1 Dependiente	
Salario Base	$ 1,160,000	
Cargo	OTRO	
Sucursal	MANIZALES CR 23 C # 72 - 06 OFIC 304 EDIF FORUM BRRPALONEGRO	
Fecha de ingreso	14/11/2023	
Fecha de radicación	15/11/2023 08:12:58 a.m.	
Código de Transacción	167539621	
Resultado delReingreso 1		
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es	12/2023

410

Fecha de generación 15/11/2023

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 05/02/2024, el empleador ARINKO INGENIERIAS SAS identificado con NIT número 900728910 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6738265	05/02/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	75076497	EDWIN VINASCO LOPEZ	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-02-05

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Febrero del año 2024.

ordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

411

25

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/01/2024, el empleador ARINKO INGENIERIAS SAS identificado con NIT número 900728910 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6552948	03/01/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007831544	YOANSEBASTIAN GAÑAN DAVILA	1300000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2024-01-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Enero del año 2024.

ordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

412

26

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/11/2023, el empleador ARINKO INGENIERIAS SAS identificado con NIT número 900728910 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6394285	15/11/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1053849989	EDISONANTONIO GIRALDO MARTINEZ	1160000	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2023-11-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Noviembre del año 2023.

ordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

413

27

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011474623	0|3|0|1|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
SALGADO (Primer apellido)	AGUIRRE (Segundo apellido)	LINA (Primer nombre)	MARIA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	25234961	Femenino ☒ Masculino ☐	2|3|0|3|1|9|7|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1300000

18.Residencia			
CL 3 9 34 LA CAPILLA (Dirección)	Telefono fijo	3147599333 (Telefono celular)	LINAMARIASLAGADO09@GMAIL.COM (Correo electronico)
VILLAMARIA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CALDAS (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	HOSP DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAM - HOSP DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAM	HDEPSANVIL - HDEPSANVIL
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ARINKO INGENIERIA SAS	NIT	900728910	01

39.Ubicación				
CR 23 52 31 (Dirección)	8765671 (Teleéfono)	JOHNACAS@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	MANIZALES (Municipio/distrito)	CALDAS (Departamento)

4\|4

No de Radicacion
4011474623

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|3|0|1|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

52. ☐ Autorización para que la EPS manejo los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante,o cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validacion

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

415

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Anexo 2:

- Fotocopias de cedulas
- Exámenes médicos de ingreso
- Certificados de cursos de trabajador autorizado.
- Soportes de inducción.
- Soportes de entrega EPP y EPCC.


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 10.002.300
QUINTANA TORO
JOSE FERNANDO
COL
1.67
M
20 MAYO 1977 A+
CHINCHINA (CALDAS)
14 JUN 1995 PEREIRA
15 SEPT 2012



417 .

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:** Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-10

Nombres y apellidos: JOSE FERNANDO QUINTANA TORO
Fecha de nacimiento: 20/05/1977
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE OBRA

CC: 10002300
Edad: 46 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-10 / 09:52:06
Fecha salida: 2024-01-10 / 11:52:03



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Martha Lucia Izquierdo
R.M. 72306 Medico
Especialista Salud Ocupacional

MARTHA LUCIA IZQUIERDO
RM: 270670
Firma y sello del médico

José Fdo Quintana

JOSE FERNANDO QUINTANA TORO
CC: 10002300
Firma del paciente

Capacítate con los Mejores

Formando
Centro de Capacitación
NIT: 900531236-4
con licencia de funcionamiento según resolución 1616 del 28 de noviembre del 2012 aprobada por la secretaría de educación de Manizales

Centro de alturas aprobado mediante N° 08SE2019220000000045456 MINTRABAJO
En cumplimiento de la Resolución 4272 del 2021 bajo la NTC 6072(2014) ICONTEC-CS CER657026

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Manizales Caldas Cra 24 B N° 43-30 Cristo Rey - Calle 6A no 49-50 Avenida Centenario

Certifica que:

Jose Fernando Quintana Toro

Con CC N° 10002300

Cursó y aprobó la formación teórica-practica de: REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

en Manizales Con una duración de 8 horas el día 13 de ENERO de 2024

Id del curso 618886

EMPRESA: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
NIT: 900728910-8
REPRESENTANTE LEGAL: John Jairo Acosta Santander CC 10.291.398
ARL: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

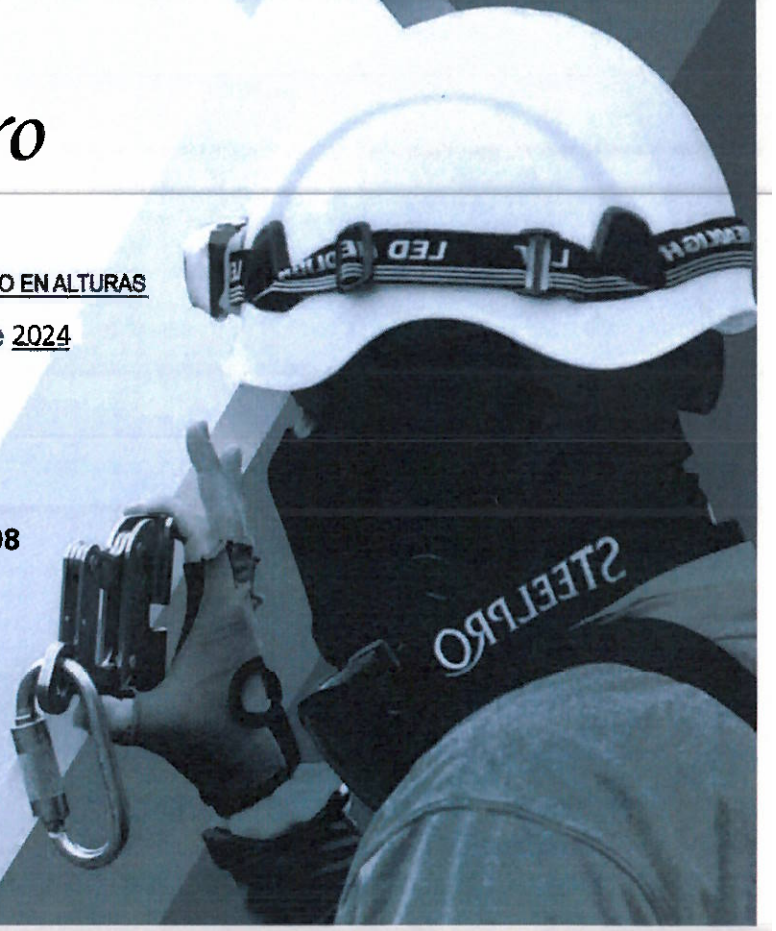
618

REPRESENTANTE LEGAL
Angela Carolina Loaiza Soto

Eliana Méndez Amaya
ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
LP: 74941

CERTIFICADO ICONTEC CS-CER657026
Fecha de Vencimiento: 2024-12-13
Fecha de otorgamiento: 2018-12-14

EXPEDICION 15 ENERO 2024 MANIZALES, CALDAS.



ARINKO

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SISTEMA DE GESTIÓN SST

Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo José Fdo Quintana Tora C.C. 10002300 recibí capacitación a conformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e Informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

Jose Fernando Quintana Tora

Nombre completo Trabajador
C.C 10002300
Fecha: 11 enero 2024
Ciudad: Manizales
Firma del capacitador encargado: Lina Maria Salgado A.

420

ARINKO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: Jose Fernando Quintana Toro		
Cédula: 10.002.300	Fecha: 11-01-2024	
Marque con una **X** en la casilla izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		NOTA
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	
X	**b.** Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	B
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		
	a. Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	
	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	
X	**c.**SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	B
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	
X	**b.** Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	B
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	**a.** Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	B
	b. Comprar los elementos de protección personal.	
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
	a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
X	**c.** Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	B
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	**a.** Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	B
	b. Informar a un compañero del área.	
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	
X	**b.** Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	B
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	
X	b. Riesgo Estructural	B
	c. Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuáles son los programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		

421 351

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE COMPROMISO

YO; José Edo Quintero Toro IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO x10002300 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINCO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE VINCULARSE A LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; INICIANDO MI LABOR DIARIA CON LA REVISIÓN TOTAL DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS, ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

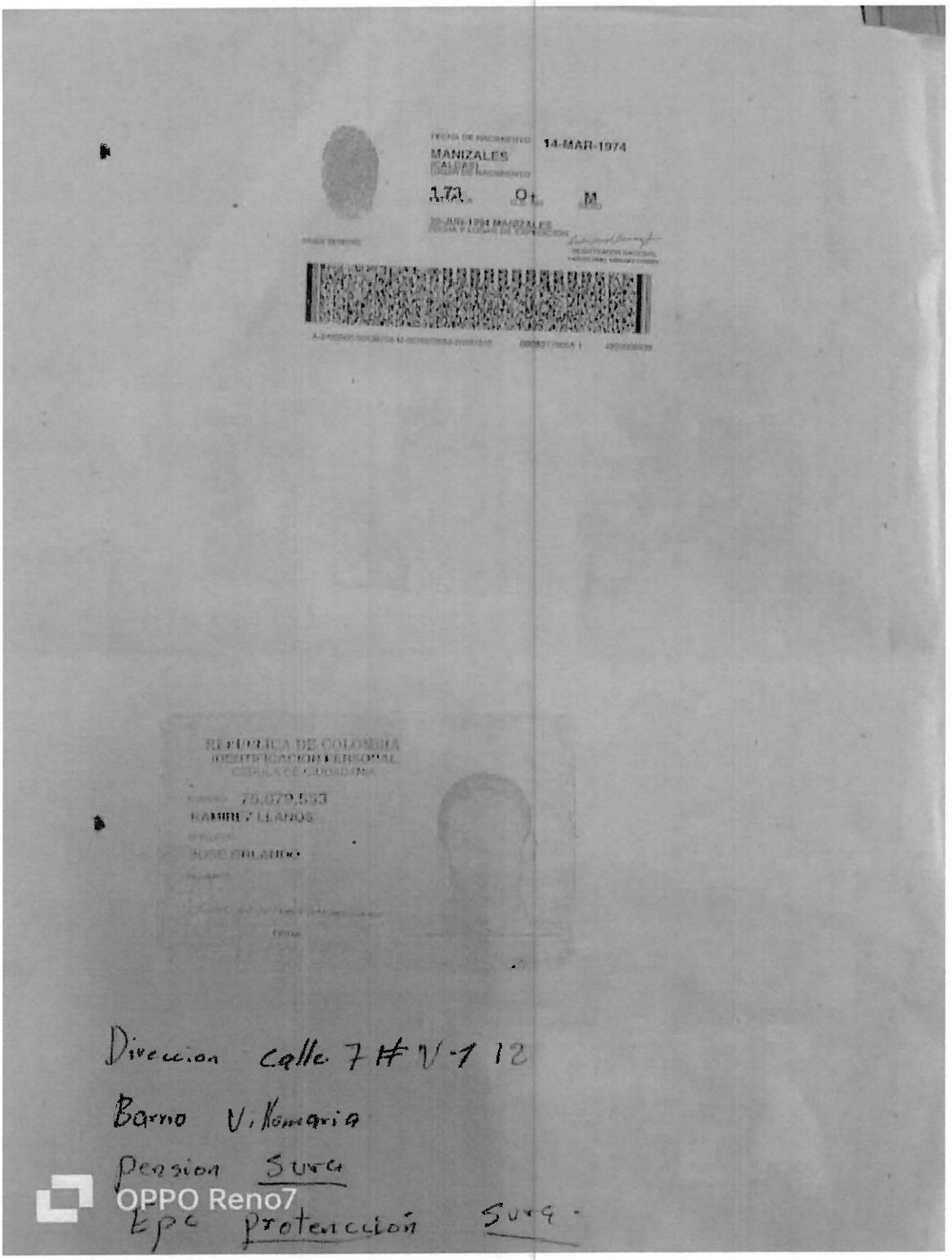
"YO TRABAJO SEGURO"

x _____

C.C x 10002300.

422

36



Direccion Calle 7 # V-7 12

Barno V. Nomaria

Pension Sura

Eps Proteccion Sura.

OPPO Reno7

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:** Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-18

Nombres y apellidos: JOSE ORLANDO RAMIREZ LLANOS
CC: 75079553
Fecha de nacimiento: 14/03/1974
Edad: 49 **Sexo:** MASCULINO
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Fecha ingreso: 2024-01-18 / 06:49:11
Empresa usuaria:
Fecha salida: 2024-01-18 / 02:12:25
Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: PRESION ARTERIAL Y DEFECTO DE REFRACCION

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas lizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las omendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Daniel Felipe Calderón Galeano
Médico y Cirujano
Esp. Medicina Laboral
CC. 1053810731
LMSST 2232-152

DANIEL FELIPE CALDERÓN GALEANO
RM: 1053810731
Firma y sello del médico

Jose orlando ra

JOSE ORLANDO RAMIREZ LLANOS
CC: 75079553
Firma del paciente

424

ARINKO

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SISTEMA DE GESTIÓN SST

Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo *Jose orlando Ramirez Uzcategui* C.C.*75079553 recibí capacitación a conformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e Informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

*Jose orlando Ramirez
Nombre completo Trabajador
C.C *75079553
Fecha: 20- enero 2024
Ciudad: Maneiro
Firma del capacitador encargado: _____

425

ARINKO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: Jose Orlando Ramirez Llanos.		
Cédula: Manizales	Fecha: 20-01-2024	
Marque con una **X** en la casilla izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		NOTA
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	B
X	**b.** Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		
	a. Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	
	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	B
X	**c.**SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	B
X	**b.** Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	**a.** Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	B
	b. Comprar los elementos de protección personal.	
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
	a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	B
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
X	**c.** Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	**a.** Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	B
	b. Informar a un compañero del área.	
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	B
X	**b.** Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	B
X	**b.** Riesgo Estructural	
	c. Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuáles son los programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		B

426

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE COMPROMISO

YO; *Jose orlando Ramires Ha. IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO *7507955 3 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINCO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE VINCULARSE A LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; INICIANDO MI LABOR DIARIA CON LA REVISIÓN TOTAL DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS, ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

"YO TRABAJO SEGURO"

*Jose orlando Ramir
C.C 7507955 3

427

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.053.798.928
SANCHEZ
APELLIDOS
CRISTIAN ANDRES
NOMBRES

FIRMA



3173738470
SALUD TOTAL
CRA 31 # 16-04
JESUS DE LA BUENA ESPERANZA
COLPENSIONES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1989
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
21-NOV-2007 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A 0300100-01325948-M-1053798928-20221028 0087801739A 2 8505175800

428

42

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:** Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-18

Nombres y apellidos: CRISTIAN ANDRES SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 12/09/1989
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

CC: 1053798928
Edad: 34 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-18 / 08:20:35
Fecha salida: 2024-01-18 / 02:16:53



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Martha Lucia Izquierdo
R.M. 270670 Médico
Especialista en Salud Ocupacional

MARTHA LUCIA IZQUIERDO
RM: 270670
Firma y sello del médico

CRISTIAN ANDRES SANCHEZ
CC: 1053798928
Firma del paciente

429

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:**Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-18

Nombres y apellidos: CRISTIAN ANDRES SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 12/09/1989
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

CC: 1053798928
Edad: 34 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-18 / 08:18:30
Fecha salida: 2024-01-18 / 02:16:29



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Martha Lucia Izquierdo
R.M. 72306 Médico
Especialista Salud Ocupacional

MARTHA LUCIA IZQUIERDO
RM: 270670
Firma y sello del médico

CRISTIAN ANDRES SANCHEZ
CC: 1053798928
Firma del paciente

Capacítate con los Mejores

Formando

Centro de Capacitación
NIT: 900531236-4
con licencia de funcionamiento según resolución 1616 del 28 de noviembre del 2012 aprobada por la secretaría de educación de Manizales

Centro de alturas aprobado mediante N° 08SE2019220000000045456 MINTRABAJO
En cumplimiento de la Resolución 4272 del 2021 bajo la NTC 6072(2014) ICONTEC-CS CER657026

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Manizales Caldas Cra 24 B N° 43-30 Cristo Rey - Calle 6A no 49-50 Avenida Centenario

Certifica que:

Cristian Andrés Sánchez

Con CC N° 1053798928

Cursó y aprobó la formación teórica-practica de: REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

en Manizales Con una duración de 8 horas el día 20 de ENERO de 2024

Id del curso 621302

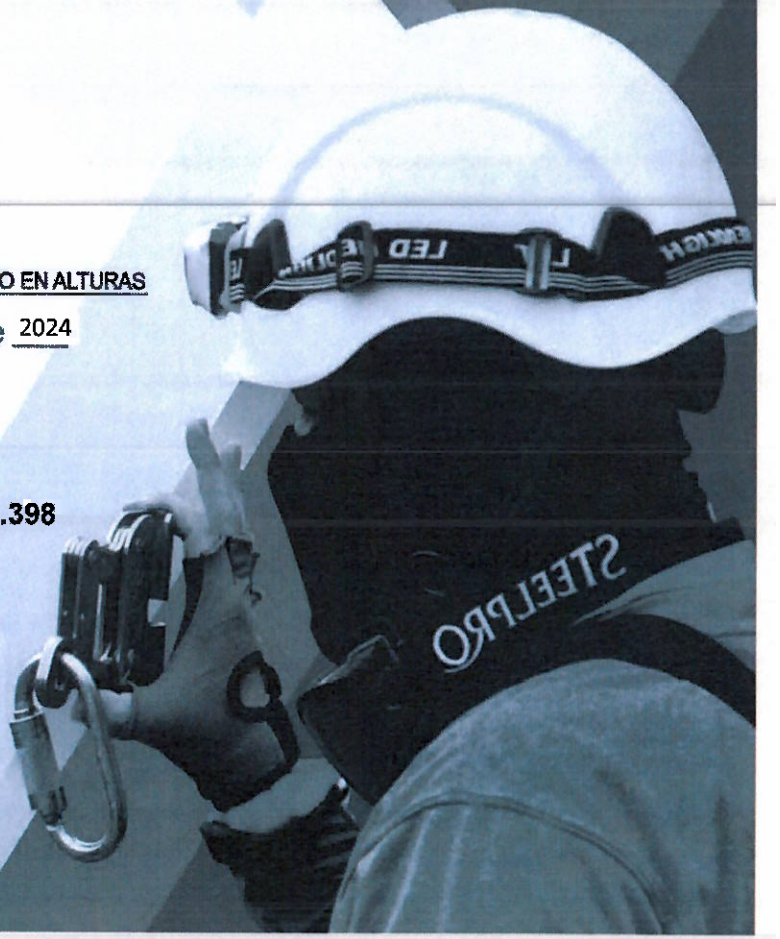
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
NIT: 900728910-8
REPRESENTANTE LEGAL: John Jairo Acosta Santander CC 10.291.398
ARL: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

430

REPRESENTANTE LEGAL
Angela Carolina Loaiza Soto

ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
JULIETH MARIN VASQUEZ
LSST: 73583

CERTIFICADO ICONTEC CS-CER657026
Fecha de Vencimiento: 2024-12-13
Fecha de otorgamiento: 2018-12-14



EXPEDICION 22 ENERO 2024 MANIZALES, CALDAS.

ARINKO

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SISTEMA DE GESTIÓN SST

Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo CHRISTIAN ANDRES SANCHEZ C.C. 1053798928
recibí capacitación a conformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e Informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

CHRISTIAN ANDRES SANCHEZ
Nombre completo Trabajador
C.C 1053798928
Fecha: 22-01-2024
Ciudad: manizales
Firma del capacitador encargado: _____

431

ARINKO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: CHRISTIAN ANDRES SANCHEZ		
Cédula: 1053798928	Fecha: 22-01-2024	
Marque con una **X** en la casilla izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		NOTA
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	B
X	**b.** Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		
	a. Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	B
	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	
X	**c.**SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	B
X	**b.** Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	**a.** Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	B
	b. Comprar los elementos de protección personal.	
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
X	**a.** Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	-
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
	c. Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	**a.** Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	B
	b. Informar a un compañero del área.	
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	B
X	**b.** Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	B
X	**b.** Riesgo Estructural	
	c. Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuáles son los programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		

432 47 1

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ARINKO INGENIERÍA S.A.S	INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

X	**a.** Prevención caída en alturas.	B.
	b. Prevención cardiovascular	
	c. Prevención física	
	NOTA FINAL	
	APROBÓ SI [X] NO [ ]	

CHRISTIAN ANDRES S.
Nombre: Cristian Andres Ramirez
Responsable de la evaluación.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE COMPROMISO

YO; CHRISTIAN ANDRES SANCHEZ IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1053798928 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINCO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE VINCULARSE A LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; INICIANDO MI LABOR DIARIA CON LA REVISIÓN TOTAL DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS, ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

"YO TRABAJO SEGURO"

C.C 1053798928

433


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.005.023.338
MORALES TORO
CARLOS IVAN
Carlos


FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-2001
FRESNO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
10-MAY-2019 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-0900100-01082628-M-1006023338-20190711
0066230934A 1
4155472116

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:**Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-18

Nombres y apellidos: CARLOS IVAN MORALES TORO
Fecha de nacimiento: 17/04/2001
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AYUD DE CONSTRUCCION

CC: 1006023338
Edad: 22 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-18 / 07:57:40
Fecha salida: 2024-01-19 / 02:19:45



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Martha Lucia Izquierdo
R.M. 72306 Médico
Especialista Salud Ocupacional

MARTHA LUCIA IZQUIERDO
RM: 270670
Firma y sello del médico

Carlos

CARLOS IVAN MORALES TORO
CC: 1006023338
Firma del paciente

435

Capacítate con los Mejores

formando

Centro de Capacitación
NIT: 900531236-4
con licencia de funcionamiento según resolución 1616 del 28 de noviembre del 2012 aprobada por la secretaría de educación de Manizales

Centro de alturas aprobado mediante N° 08SE2019220000000045456 MINTRABAJO
En cumplimiento de la Resolución 4272 del 2021 bajo la NTC 6072(2014) ICONTEC-CS CER657026

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Manizales Caldas Cra 24 B N° 43-30 Cristo Rey - Calle 6A no 49-50 Avenida Centenario

Certifica que:

Carlos Iván Morales Toro

Con CC N° 1006023338

Cursó y aprobó la formación teórica-practica de: REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

en Manizales Con una duración de 8 horas el día 20 de ENERO de 2024

Id del curso 621301

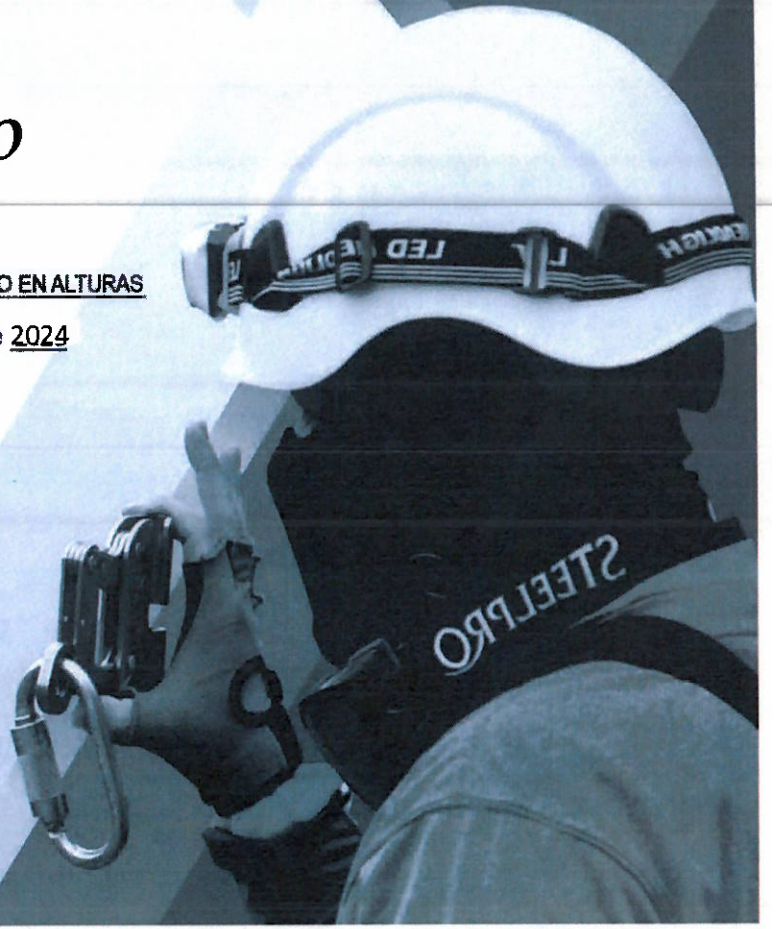
Nombre Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Nit: 900728910-8
Representante Legal: John Jairo Acosta Santander CC 10.291.398
Arl: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

4436

REPRESENTANTE LEGAL
Angela Carolina Loaiza Soto

Eliana Méndez Amaya
ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
LP: 74941

CERTIFICADO ICONTEC CS-CER657026
Fecha de Vencimiento: 2024-12-13
Fecha de otorgamiento: 2018-12-14



EXPEDICION 22 ENERO 2024 MANIZALES, CALDAS.

ARINKO

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SISTEMA DE GESTIÓN SST

Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo Carlos Ivan Morales Toro C.C. 1006023338
recibí capacitación a conformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

Carlos Ivan Morales Toro
Nombre completo Trabajador
C.C 1006023338
Fecha: 22/01/2024
Ciudad: Manizales
Firma del capacitador encargado: Lina M. Salgado

437

ARINKO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: Carlos Juan Morales Toro		
Cédula: 1006023338	Fecha: 22/01/2024	
Marque con una **X** en la casilla izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		NOTA
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	
X	**b.** Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	B
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		
	a. Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	
	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	
X	**c.**SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	B
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	
X	**b.** Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	B
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	**a.** Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	
	b. Comprar los elementos de protección personal.	B
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
	a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
X	**c.** Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	B
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	**a.** Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	
	b. Informar a un compañero del área.	B
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	
X	**b.** Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	B
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	
X	**b.** Riesgo Estructural	B
	c. Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuáles son los programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		

438

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE COMPROMISO

YO; Carlos Ivan Morales Toro IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1006023338 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINCO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE VINCULARSE A LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; INICIANDO MI LABOR DIARIA CON LA REVISIÓN TOTAL DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS, ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

"YO TRABAJO SEGURO"

Carlos Ivan

C.C 1006023338

439.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

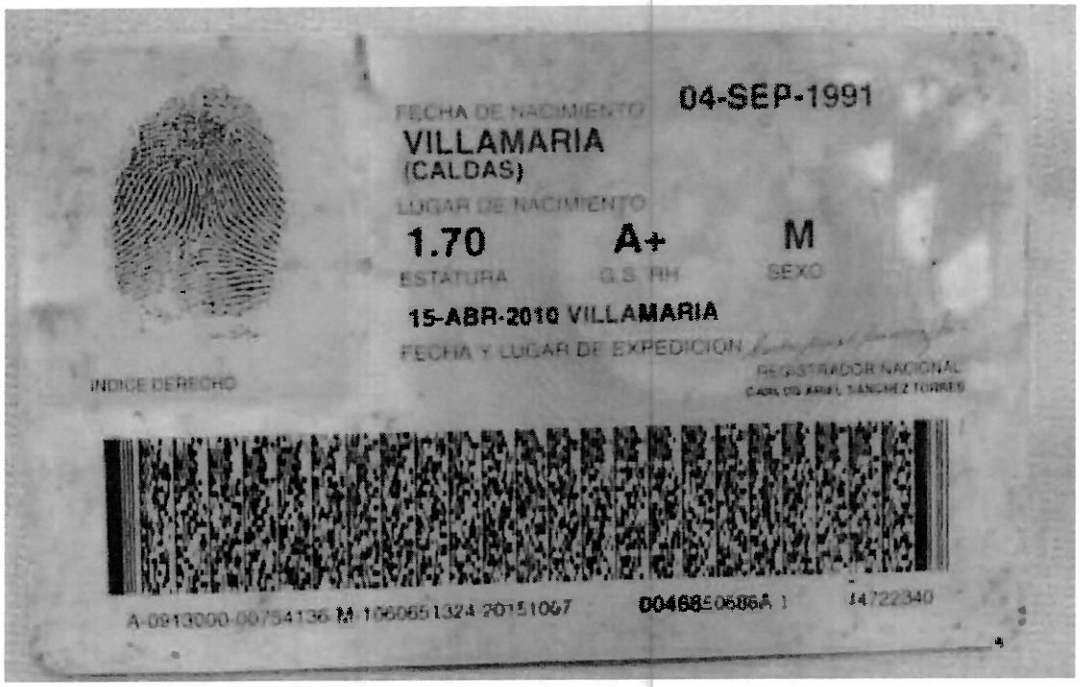
NUMERO 1.060.651.324

CASTAÑO SOTO

APELLIDOS

DIEGO FRANH

NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1991

VILLAMARIA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-ABR-2010 VILLAMARIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0913000-00754136-M-1060651324-20151007 0046800606A 1 4722340

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:** Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-23

Nombres y apellidos: DIEGO FRANH CASTAÑO SOTO
Fecha de nacimiento: 09/09/1991
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION

CC: 1060651324
Edad: 32 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-23 / 06:49:04
Fecha salida: 2024-01-23 / 01:03:10



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Daniel Felipe Calderón Galeano
Médico y Cirujano
Esp. Medicina Laboral
TP. 10538102131
APRST 2212-152

DANIEL FELIPE CALDERÓN GALEANO
RM: 1053810731
Firma y sello del médico

DIEGO FRANH CASTAÑO SOTO
CC: 1060651324
Firma del paciente

441

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:** Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-23

Nombres y apellidos: DIEGO FRANH CASTAÑO SOTO
Fecha de nacimiento: 09/09/1991
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION

CC: 1060651324
Edad: 32 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-23 / 06:48:23
Fecha salida: 2024-01-23 / 01:03:25



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Daniel Felipe Calderón Galeano
Médico y Cirujano
Esp. Medicina Laboral
T.P. 1053810731
LIBRE 2232-192

DANIEL FELIPE CALDERÓN GALEANO
RM: 1053810731
Firma y sello del médico

DIEGO FRANH CASTAÑO SOTO
CC: 1060651324
Firma del paciente

Capacítate con los Mejores

Formando

Centro de Capacitación
NIT: 900531236-4
con licencia de funcionamiento según resolución 1616 del 28 de noviembre del 2012 aprobada por la secretaria de educación de Manizales

Centro de alturas aprobado mediante N° 08SE2019220000000045456 MINTRABAJO
En cumplimiento de la Resolución 4272 del 2021 bajo la NTC 6072(2014) ICONTEC-CS CER657026

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Manizales Caldas Cra 24 B N° 43-30 Cristo Rey - Calle 6A no 49-50 Avenida Centenario

Certifica que:

Diego Franh Castaño Soto

Con CC N° 1060651374

Cursó y aprobó la formación teórica-practica de: REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

en Manizales Con una duración de 8 horas el día 23 de ENERO de 2024

Id del curso 622294

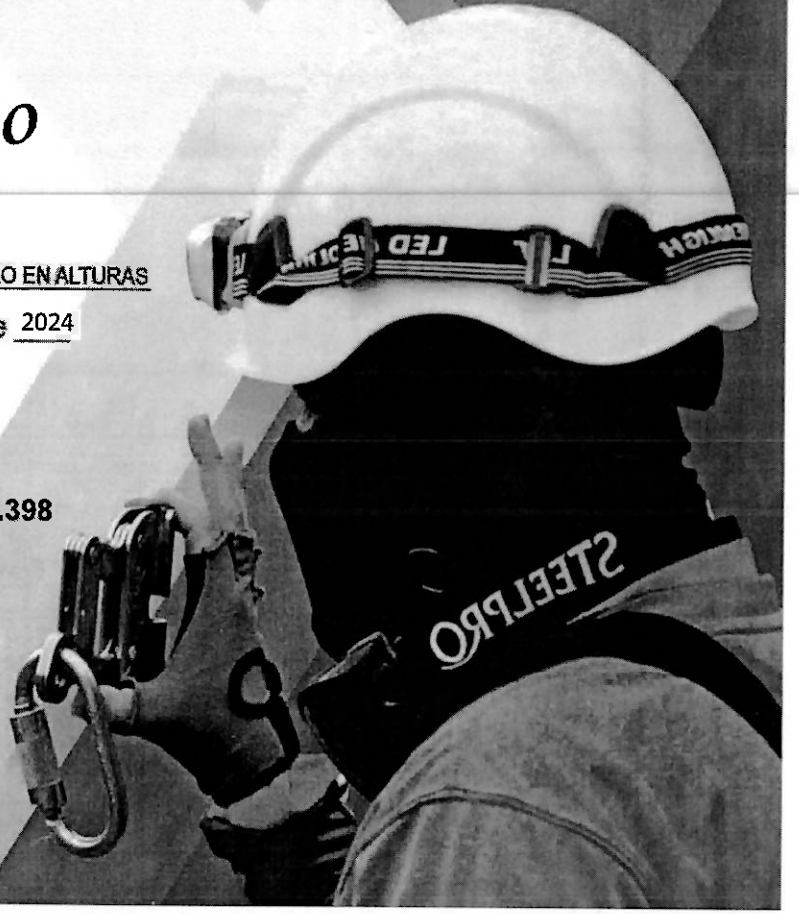
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
NIT: 900728910-8
REPRESENTANTE LEGAL: John Jairo Acosta Santander CC 10.291.398
ARL: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

2444

REPRESENTANTE LEGAL
Angela Carolina Loaiza Soto

ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
JULIETH MARIN VASQUEZ
LSST: 73583

CERTIFICADO ICONTEC CS-CER657026
Fecha de Vencimiento: 2024-12-13
Fecha de otorgamiento: 2018-12-14



EXPEDICION 24 ENERO 2024 MANIZALES, CALDAS.

ARINKO

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA DE GESTIÓN SST

Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo Diego Fidel Coltuno Soto C.C. 1060651324
recibí capacitación a conformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e Informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

Nombre completo Trabajador
C.C. 1060651324

Fecha: 24-01-24
Ciudad: Montelibano
Firma del capacitador encargado: _____

ARINKO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: Diego Mauricio Castaño Soto		
Cédula: 1060651324	Fecha: 29-01-2024	
Marque con una **X** en la casilla izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		NOTA
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	
X	b. Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	B-
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		
X	a. Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	B
	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	
	c.SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	
X	b. Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	B
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	a. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	B
	b. Comprar los elementos de protección personal.	
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
	a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
X	c. Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	B
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	a. Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	
	b. Informar a un compañero del área.	B
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	
X	b. Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	B
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	
	b. Riesgo Estructural	—
X	c. Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuál de las siguientes son programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		

444

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ARINKO	INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

X	a. Prevención caída en alturas.	B
	b. Prevención cardiovascular	
	c. Prevención física	
	NOTA FINAL	
	APROBÓ SI ☑ NO ☐	

Nombre: Diego Hernán Castaño S.
Responsable de la evaluación

La presente evaluación es aprobada con un puntaje igual o mayor a **85.**

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE COMPROMISO

YO; Jhon Jairo Cortes Soto IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1060631324 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINCO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE VINCULARSE A LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; INICIANDO MI LABOR DIARIA CON LA REVISIÓN TOTAL DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS, ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

"YO TRABAJO SEGURO"

C.C 1060631324

445



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 75.063.946
CORREA ESCOBAR
APELLIDOS
OSCAR DE JESUS
NOMBRES
Oscar Correa Escobar
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1971
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.83 ESTATURA
AB+ G.S. RH
M SEXO
31-JUL-1989 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0900100-01104613-M-0075003946-20191019 0068393565A 1

446

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:**Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-23

Nombres y apellidos: OSCAR DE JESUS CORREA ESCOBAR
Fecha de nacimiento: 01/05/1971
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION

CC: 75063946
Edad: 52 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-23 / 07:36:50
Fecha salida: 2024-01-23 / 12:57:30



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Martha Lucía Izquierdo
RM. 72306 Médico Especialista en Salud Ocupacional

MARTHA LUCIA IZQUIERDO
RM: 270670
Firma y sello del médico

Oscar Correa Escobar

OSCAR DE JESUS CORREA ESCOBAR
CC: 75063946
Firma del paciente

447

Capacítate con los Mejores

Formando

Centro de Capacitación
NIT: 900531236-4
con licencia de funcionamiento según resolución 1616 del 28 de noviembre del 2012 aprobada por la secretaría de educación de Manizales

Centro de alturas aprobado mediante N° 08SE2019220000000045456 MINTRABAJO
En cumplimiento de la Resolución 4272 del 2021 bajo la NTC 6072(2014) ICONTEC-CS CER657026

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Manizales Caldas Cra 24 B N° 43-30 Cristo Rey - Calle 6A no 49-50 Avenida Centenario

Certifica que:

Oscar de Jesus Correa Escobar

Con CC N° 75063946

Cursó y aprobó la formación teórica-practica de: REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

en Manizales Con una duración de 8 horas el día 23 de ENERO de 2024

Id del curso 622307

EMPRESA: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
NIT: 900728910-8
REPRESENTANTE LEGAL: John Jairo Acosta Santander CC 10.291.398
ARL: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

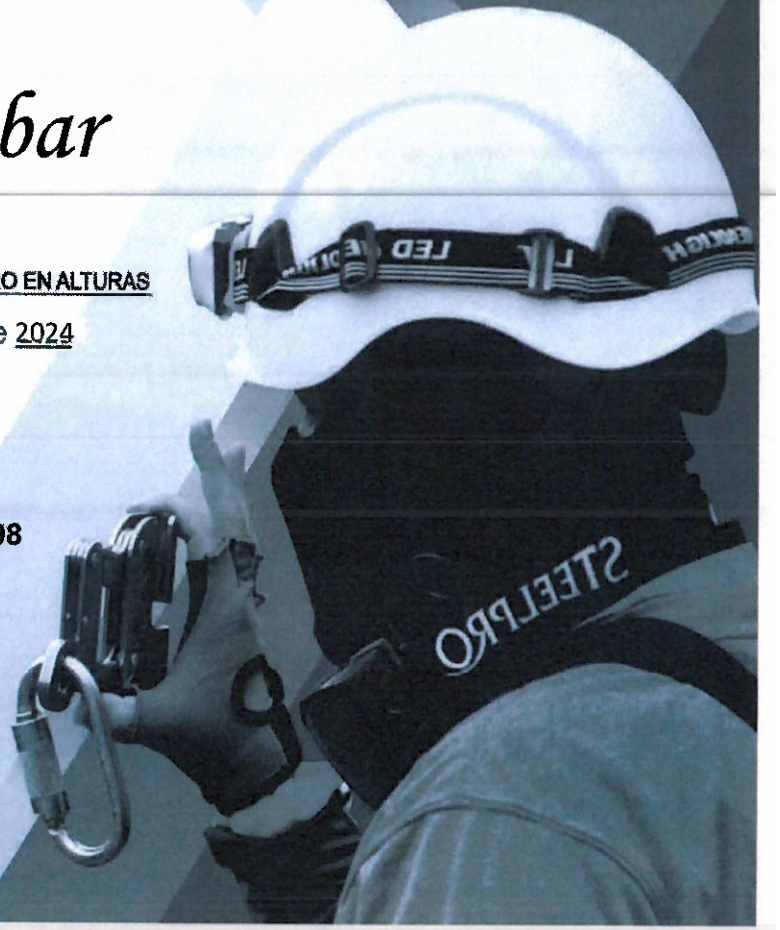
848

REPRESENTANTE LEGAL
Angela Carolina Loaiza Soto

Eliana Méndez Anaya
ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
LP: 74941

CERTIFICADO ICONTEC CS-CER657026
Fecha de Vencimiento: 2024-12-13
Fecha de otorgamiento: 2018-12-14

EXPEDICION 24 ENERO 2024 MANIZALES, CALDAS.



ARINKO

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA DE GESTIÓN SST

Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo Oscar Correa Escobar C.C. 7506394 6
recibí capacitación a conformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e Informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

Oscar Correa Escobar
Nombre completo Trabajador
C.C 7506394 6
Fecha:
Ciudad:
Firma del capacitador encargado: _____

449

ARINKO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: Oscar Correa Escobar		
Cédula: 75063946	Fecha: 24-01-24	
Marque con una **X** en la casilla izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		NOTA
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	B
X	**b.** Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		B
X	**a.** Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	
	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	
	c. SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	B
X	**b.** Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	**a.** Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	B
	b. Comprar los elementos de protección personal.	
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
X	**a.** Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	—
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
	c. Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	**a.** Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	B
	b. Informar a un compañero del área.	
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	B
X	**b.** Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	—
	b. Riesgo Estructural	
X	**c.** Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuáles son los programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		

450

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

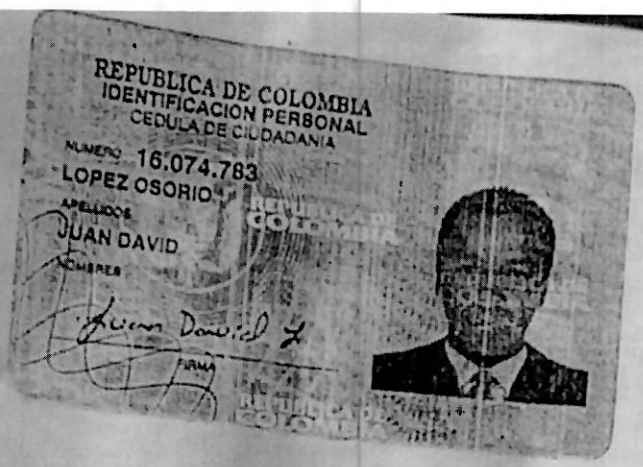
ACTA DE COMPROMISO

YO; Oscar Correa Escobar IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 7506394 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINCO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, ACEPTO VOLUNTARIAMENTE VINCULARSE A LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; INICIANDO MI LABOR DIARIA CON LA REVISIÓN TOTAL DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS, ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

"YO TRABAJO SEGURO"

C.C 7506394

451





Juan David :
cargo : oficial

EPS : Sura
pen : Proteccion
Dire. Mateyuca C.N. 128
cel. 3147484745

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:** Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-02-02

Nombres y apellidos: JUAN DAVID LOPEZ OSORIO
Fecha de nacimiento: 05/02/1983
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION

CC: 16074783
Edad: 41 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-02-02 / 06:57:15
Fecha salida: 2024-02-02 / 01:23:05



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Martha Lucía Izquierdo
R.M. 270670 Médico
Especialista Salud Ocupacional

MARTHA LUCIA IZQUIERDO
RM: 270670
Firma y sello del médico

Juan David L.

JUAN DAVID LOPEZ OSORIO
CC: 16074783
Firma del paciente

453

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA MANIZALES
DIRECCIÓN: Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande
CIUDAD DE LA SEDE: MANIZALES
TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590
EMAIL: citas.manizales@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-02-02

Nombres y apellidos: JUAN DAVID LOPEZ OSORIO
Fecha de nacimiento: 05/02/1983
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION

CC: 16074783
Edad: 41 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-02-02 / 06:53:36
Fecha salida: 2024-02-02 / 01:19:49



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Martha Lucia Izquierdo
R.M. 72306 Médico
Especialista Salud Ocupacional

MARTHA LUCIA IZQUIERDO
RM: 270670
Firma y sello del médico

Juan David L

JUAN DAVID LOPEZ OSORIO
CC: 16074783
Firma del paciente

Formando

Centro de Capacitación
NIT: 900531236-4
con licencia de funcionamiento según resolución 1616 del 28 de noviembre del 2012 aprobada por la secretaría de educación de Manizales

Capacítate con los Mejores

Centro de alturas aprobado mediante N° 08SE2019220000000045456 MINTRABAJO
En cumplimiento de la Resolución 4272 del 2021 bajo la NTC 6072(2014) ICONTEC-CS CER657026

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Manizales Caldas Cra 24 B N° 43-30 Cristo Rey - Calle 6A no 49-50 Avenida Centenario

Certifica que:

Juan David López Osorio

Con CC N° 16074783

Cursó y aprobó la formación teórica-practica de: REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

en Manizales Con una duración de 8 horas el día 03 de FEBRERO de 2024

Id del curso 626501

Nombre Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Nit: 900728910-8
Representante Legal: John Jairo Acosta Santander CC 10.291.398
Arl: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A



REPRESENTANTE LEGAL
Angela Carolina Loaiza Soto

Eliana Méndez Amaya
ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
LP: 74941

CERTIFICADO ICONTEC CS-CER657026
Fecha de Vencimiento: 2024-12-13
Fecha de otorgamiento: 2018-12-14

EXPEDICION 05 FEBRERO 2024 MANIZALES, CALDAS.

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SISTEMA DE GESTIÓN SST

Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo Juan David Lopez C. C.C. 1607 4783 recibí capacitación a coriformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e Informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

Juan David L

Nombre completo Trabajador
C.C 1607 4783
Fecha: 05-02-2024
Ciudad: Manizales
Firma del capacitador encargado: _____

455

ARINKO INGENIERIA S.A.S	**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: Juan David Jorez		
Cédula: 1607474783	Fecha:	
Marque con una X en la casillá izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		NOTA
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	B
X	**b.** Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		
	a. Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	
	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	
X	**c.**SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	B
X	**b.** Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	**a.** Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	B
	b. Comprar los elementos de protección personal.	
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
	a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	B
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
X	**c.** Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	**a.** Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	B
	b. Informar a un compañero del área.	
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	B
X	**b.** Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	B
X	**b.** Riesgo Estructural	
	c. Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuál de las siguientes son programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		

456

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ARINKO	INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

X	a. Prevención caída en alturas.	B
	b. Prevención cardiovascular	
	c. Prevención física	
	NOTA FINAL	
	APROBÓ SI ☑ NO ☐	

Juan David L

Nombre:
Responsable de la evaluación

La presente evaluación es aprobada con un puntaje igual o mayor a **85.**

457

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE RECIBO DE MATERIAL DE PROTECCION

YO; Juan David López IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 1074783 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINKO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, CONFIRMO QUE RECIBIDO EL MATERIAL DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

ARINKO **"YO TRABAJO SEGURO"**

Juan David L.
C.C 1074783

458

ARINKO	**SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** **PROTOCOLO TRABAJO EN ALTURAS**

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE RECIBO DE MATERIAL DE PROTECCION

Yo; Juan David Lopez identificado con la cédula de ciudadanía número 1607478 3 en mi calidad de colaborador de la empresa **ARINKO INGENIERIA S.A.S.**, con mi firma en la presente, confirmo que recibido el material de protección para trabajo en alturas compuesto por:

ELEMENTO ENTREGADO	SI-NO	FECHA DE ASIGNACIÓN	FECHA DEVOLUCIÓN	ESTADO DE ENTREGA FINAL
Freno				
Mosquetón				
Manila Básica				
Eslinga en "Y"	SI	05-02-24		
Línea de Vida 50 mts				
Manila Soporte-Pesado				
Arnés de Cuerpo Entero	SI	05-02-24		
Eslinga con Seguro Metálico				
OTRO CUAL:				

"YO TRABAJO SEGURO"

FIRMA DEL TRABAJADOR Juan David

CC 1607478 3

459

ARINKO INGENIERIA S.A.S	ARINKO INGENIERIA SAS	SST-FOR- 008
		Fecha: diciembre 2023
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE TRABAJADOR:	Juan David L.	NO. CEDULA:	1607 4783
CARGO:	Oficial.	PROYECTO:	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN ENTREGADOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS ENTREGADOS	MOTIVO	FIRMA RECIBIDO
05-02-24	Gafas oscuras		- Juan D L
05-02-24	Guantes NN		- Juan D L.
05-02-24	Casco		- Juan D L.
05-02-24	Eslinga en 'Y' abs.		- Juan D L.
03-02-24	Arnes.		- Juan D L
05-02-24	Arrestador		- Juan D L.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Lina M. Salgado	CEDULA No.	25234961
CARGO	Prof. SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) 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 y restitución en caso de pérdida o no uso de estos mismos.

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Juan David L **No. Cedula:** 1607 4783.

460

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 75.076.497
VINASCO LOPEZ
APELLIDOS
EDWIN .
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1975
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

28-FEB-1993 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00135534-M-0075076497-20001210 0007813507A-1 25455431

461

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:** Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-31

Nombres y apellidos: EDWIN VINASCO LOPEZ
Fecha de nacimiento: 01/01/1975
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE

CC: 75076497
Edad: 49 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-31 / 08:32:43
Fecha salida: 2024-01-31 / 03:15:42



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO CON RECOMENDACIONES

:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: USO ESTRICTO DE LENTES DURANTE LA LABOR

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

DANIEL FELIPE CALDERON GALEANO
RM: 1053810731
Firma y sello del médico

EDWIN VINASCO LOPEZ
CC: 75076497
Firma del paciente

462

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:** Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-01-31

Nombres y apellidos: EDWIN VINASCO LOPEZ
Fecha de nacimiento: 01/01/1975
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE

CC: 75076497
Edad: 49 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-01-31 / 08:04:37
Fecha salida: 2024-01-31 / 03:16:07



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO CON RECOMENDACIONES

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO ESTRICTO DE LENTES DURANTE LA LABOR

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Daniel Felipe Calderón Galeano
Médico y Cirujano
Esp. Medicina Laboral
TP. 10538[illegible]
SMST 7232-192

DANIEL FELIPE CALDERÓN GALEANO
RM: 1053810731
Firma y sello del médico

Edwin V.

EDWIN VINASCO LOPEZ
CC: 75076497
Firma del paciente

Capacítate con los Mejores

Formando
Centro de Capacitación
NIT 900531236-4
con licencia de funcionamiento según resolución 1616 del 28 de noviembre del 2012 aprobada por la secretaría de educación de Manizales

Centro de alturas aprobado mediante N° 08SE2019220000000045456 MINTRABAJO
En cumplimiento de la Resolución 4272 del 2021 bajo la NTC 6072(2014) ICONTEC-CS CER657026
Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas
Manizales Caldas Cra 24 B N° 43-30 Cristo Rey - Calle 6A no 49-50 Avenida Centenario

Certica que:

Edwin Vinasco Lopez

Con CC N° 75076497

Cursó y aprobó la formación teórica-practica de: REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
en Manizales Con una duración de 8 horas el día 03 de FEBRERO de 2024
Id del curso 626496

Nombre Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Nit: 900728910-8
Representante Legal: John Jairo Acosta Santander CC 10.291.398
Arl: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

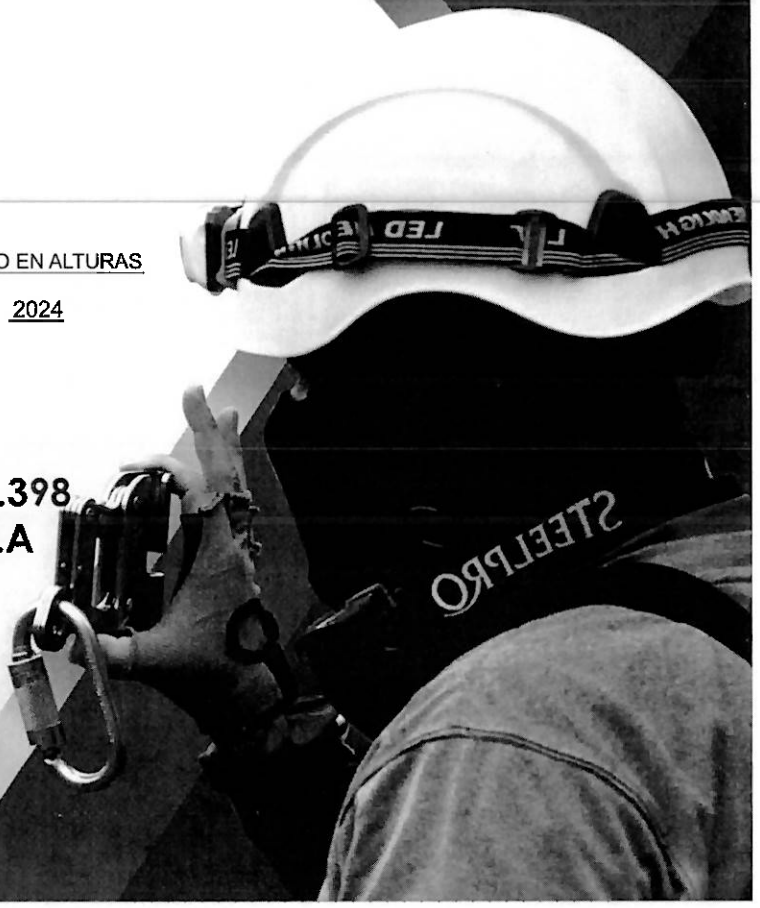
463

REPRESENTANTE LEGAL
Angela Carolina Loaiza Soto

ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
Julieth Marin Vasquez
LSST: 73583

icontec
CERTIFICADO ICONTEC CS-CER657026
Fecha de Vencimiento: 2024-12-13
Fecha de otorgamiento: 2018-12-14

FECHA DE EXPEDICIÓN: 05/02/2024 MANIZALES - CALDAS





ARINKO

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SISTEMA DE GESTIÓN SST

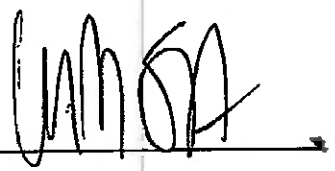
Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo Edwin Vinasco López C.C. 75'076497
recibí capacitación a conformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e Informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

Edwin Vinasco L.
Nombre completo Trabajador
C.C 75'076497
Fecha: 05-02-2024
Ciudad: Yalí
Firma del capacitador encargado: 

464

ARINKO	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: Edwin Vinasco López		
Cédula: 75'076497	Fecha: 05-02-2024	
Marque con una X en la casilla izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		NOTA
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	B
X	b. Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		
	a. Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	B
	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	
X	c.SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	B
X	b. Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	a. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	B
	b. Comprar los elementos de protección personal.	
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
	a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	B
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
X	c. Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	a. Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	B
	b. Informar a un compañero del área.	
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	B
X	b. Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	B
X	b. Riesgo Estructural	
	c. Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuál de las siguientes son programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		

465

ARINKO INGENIERÍA S.A.S.	**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

X	a. Prevención caída en alturas.	B
	b. Prevención cardiovascular	
	c. Prevención física	
	NOTA FINAL	
	APROBÓ SI ☑ NO ☐	

Edwin Vinasco L.
Nombre:
Responsable de la evaluación

La presente evaluación es aprobada con un puntaje igual o mayor a **85.**

466

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE RECIBO DE MATERIAL DE PROTECCION

YO; Edwin Vinasco López IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 75076497 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINKO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, CONFIRMO QUE RECIBIDO EL MATERIAL DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

ARINKO "YO TRABAJO SEGURO"

Edwin Vinasco L.
C.C 75076497

467

ARINKO INGENIERIA S.A.S.	**SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** **PROTOCOLO TRABAJO EN ALTURAS**

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE RECIBO DE MATERIAL DE PROTECCION

Yo; Edwin Vinasco López identificado con la cédula de ciudadanía número 75'076497 en mi calidad de colaborador de la empresa **ARINKO INGENIERIA S.A.S.**, con mi firma en la presente, confirmo que recibido el material de protección para trabajo en alturas compuesto por:

ELEMENTO ENTREGADO	SI-NO	FECHA DE ASIGNACIÓN	FECHA DEVOLUCIÓN	ESTADO DE ENTREGA FINAL
Freno				
Mosquetón				
Manila Básica				
Eslinga en "Y" 9810533	SI	05-02-24		
Línea de Vida 50 mts				
Manila Soporte-Pesado				
Arnés de Cuerpo Entero 9309154	SI	05-02-24		
Eslinga con Seguro Metálico				
OTRO CUAL:				

"YO TRABAJO SEGURO"

FIRMA DEL TRABAJADOR Edwin Vinasco L.
CC 75'076497

468

ARINKO	ARINKO INGENIERIA SAS	SST-FOR- 008
		Fecha: diciembre 2023
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE TRABAJADOR:	Edwin Vinasco V.	NO. CEDULA:	75'076497
CARGO:	Ayudante	PROYECTO:	ICBF

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN ENTREGADOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS ENTREGADOS	MOTIVO	FIRMA RECIBIDO
05-02-24	Casco		Edwin V.
05-02-24	Guantes NN		Edwin V.
05-02-24	Gafas Osc.		Edwin V.
05-02 24	Eslingo cn Y 9810533		Edwin V.
05-02 24	Arnes 9309154		Edwin V.

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Lina Maria Salgado	CEDULA No.	25234961
CARGO	Prof SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) 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 y restitución en caso de pérdida o no uso de estos mismos.

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Edwin Vinasco V.

No. Cedula: 75'076497

469

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.831.544
GAÑAN DAVILA
APELLIDOS
YOAN SEBASTIAN
NOMBRES

Yoan Sebastian G
FIRMA



Lanveva EPS
Paotexión
3005474904
Pio XII CRA 37B #1166 Piso 3



FECHA DE NACIMIENTO 21-ABR-2000
RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-ABR-2018 VILLAMARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0913000-01002490-M-1007831544-20160503 0061038612A 1 49236339

470

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA MANIZALES
DIRECCIÓN: Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande
CIUDAD DE LA SEDE: MANIZALES
TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590
EMAIL: citas.manizales@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-12-28

Nombres y apellidos: YOAN SEBASTIAN GAÑAN DAVILA
Fecha de nacimiento: 21/04/2000
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AYUD DE CONSTRUCCION

CC: 1007831544
Edad: 23 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2023-12-28 / 07:18:53
Fecha salida: 2023-12-28 / 01:02:42



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES

:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Martha Lucia Izquierdo
R.M. 270670 Médico
Especialista Salud Ocupacional

MARTHA LUCIA IZQUIERDO
RM: 270670
Firma y sello del médico

YOAN SEBASTIAN GAÑAN DAVILA
CC: 1007831544
Firma del paciente

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:**Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2023-12-28

Nombres y apellidos: YOAN SEBASTIAN GAÑAN DAVILA
Fecha de nacimiento: 21/04/2000
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AYUD DE CONSTRUCCION

CC: 1007831544
Edad: 23 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2023-12-28 / 07:24:23
Fecha salida: 2023-12-28 / 01:02:16



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Martha Lucia Izquierdo
R.M. 72306 Médico
Especialista Salud Ocupacional

MARTHA LUCIA IZQUIERDO
RM: 270670
Firma y sello del médico

YOAN SEBASTIAN GAÑAN DAVILA
CC: 1007831544
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta

Capacítate con los Mejores

formando

Centro de Capacitación

con licencia de funcionamiento según resolución 1616 del 28 de noviembre del 2012 aprobada por la secretaria de educación de Manizales

Centro de alturas aprobado mediante N° 08SE2019220000000045456 MINTRABAJO
En cumplimiento de la Resolución 4272 del 2021 bajo la NTC 6072(2014) ICONTEC-CS CER657026

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Manizales Caldas Cra 24 B N° 43-30 Cristo Rey - Calle 6A no 49-50 Avenida Centenario

Certica que:

Yoan Sebastian Gañan Davila

Con CC N° 1007831544

Cursó y aprobó la formación teórica-practica de: TRABAJADOR AUTORIZADO

en Manizales Con una duración de 32 horas el día 31 de ENERO de 2024 hasta el dia 03 de FEBREBRO de 2024

Id del curso 626493

Nombre Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Nit: 900728910-8
Representante Legal: John Jairo Acosta Santander CC 10.291.398
Arl: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

REPRESENTANTE LEGAL
Angela Carolina Loaiza Soto

ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
Eliana Mendez Amaya
LSST: 74941

icontec Certificación de Servicios
CERTIFICADO ICONTEC CS-CER657026
Fecha de Vencimiento: 2024-12-13
Fecha de otorgamiento: 2018-12-14

FECHA DE EXPEDICIÓN: 05/02/2024 MANIZALES - CALDAS



ARINKO

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SISTEMA DE GESTIÓN SST

Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo * Juan Sebastian Gaitan Davila. C.C. 1007831549
recibí capacitación a conformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e Informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

* Juan Sebastian Gaitan Davila.
Nombre completo Trabajador
C.C * 1007831549
Fecha: * 5-02-2021
Ciudad: * Manizales
Firma del capacitador encargado:

473

ARINKO INGENIERIA S.A.S	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: Juan Sebastian Guzman Davila.		
Cédula: Manizales	Fecha: 05-02-2024	
Marque con una **X** en la casilla izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		NOTA
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	B
X	b. Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		
	a. Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	
X	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	
	c.SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	B
X	b. Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	a. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	B
	b. Comprar los elementos de protección personal.	
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
	a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	B
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
X	c. Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	a. Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	B
	b. Informar a un compañero del área.	
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	B
X	b. Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	B
X	b. Riesgo Estructural	
	c. Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuál de las siguientes son programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		

474

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ARINKO INGENIERÍA S.A.S	INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

X	a. Prevención caída en alturas.	B
	b. Prevención cardiovascular	
	c. Prevención física	
	NOTA FINAL	
	APROBÓ	SI ☑ NO ☐

Nombre:
Responsable de la evaluación

La presente evaluación es aprobada con un puntaje igual o mayor a **85.**

475

95

ARINKO INGENIERIA S.A.S	**SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** **PROTOCOLO TRABAJO EN ALTURAS**

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE RECIBO DE MATERIAL DE PROTECCION

Yo; Juan Sebastian Garzon Davila identificado con la cédula de ciudadanía número 1001831544 en mi calidad de colaborador de la empresa **ARINKO INGENIERIA S.A.S.**, con mi firma en la presente, confirmo que recibido el material de protección para trabajo en alturas compuesto por:

ELEMENTO ENTREGADO	SI-NO	FECHA DE ASIGNACIÓN	FECHA DEVOLUCIÓN	ESTADO DE ENTREGA FINAL
Freno				
Mosquetón				
Manila Básica				
Eslinga en "Y"	SI			
Línea de Vida 50 mts				
Manila Soporte Pesado				
Arnés de Cuerpo Entero	SI			
Eslinga con Seguro Metálico				
OTRO CUAL:				

"YO TRABAJO SEGURO"

FIRMA DEL TRABAJADOR _____

CC

476

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE RECIBO DE MATERIAL DE PROTECCION

YO; Juan Sebastian Cañas Davila. IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 1007831544 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINKO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, CONFIRMO QUE RECIBIDO EL MATERIAL DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

"YO TRABAJO SEGURO"

ARINKO

Juan Sebastian Cañas D.
C.C 1007831544

477

ARINKO	ARINKO INGENIERIA SAS	SST-FOR- 008
		Fecha: diciembre 2023
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE TRABAJADOR:	Juan Sebastian Cuñan Duello	NO. CEDULA:	1007831544
CARGO:	Ayudante	PROYECTO:	

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN ENTREGADOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS ENTREGADOS	MOTIVO	FIRMA RECIBIDO
05-02-24	Casco		
05-02-24	Guantes NN		
05-02-24	Gafas OSC.		
05-02-24	Eslinga CN Y 9810573		
05-02-24	Arnes. 9309147		
	Arrestador.		

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Lina M. Salgado (Juan Sebastian Cuñan D.)	CEDULA No.	25234961 (1007831544)
CARGO	(Ayudante) SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) 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 y restitución en caso de pérdida o mal uso de estos mismos.

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Juan Sebastian Cuñan **No. Cedula:** 1007831544

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.053.849.989**

GIRALDO MARTINEZ

APELLIDOS

EDISON ANTONIO

NOMBRES

Edison Giraldo

FIRMA



Tel 3148430756
Vereda Mateguadua CS. 122
Porvenir
Nueva EPS



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1996**

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-MAY-2014 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0900100-00914622-M-1053849989-20170522 0055930554A 1 9910045178

479

91

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:** Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-02-02

Nombres y apellidos: EDISON ANTONIO GIRALDO MARTINEZ
Fecha de nacimiento: 07/05/1996
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

CC: 1053849989
Edad: 27 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-02-02 / 07:02:35
Fecha salida: 2024-02-02 / 11:38:39



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO CON RECOMENDACIONES

:

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: VAL OPTOMETRIA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Daniel Felipe Calderón Galeano
Médico y Cirujano
Esp. Medicina Laboral
T.P. 1053817231
C. LABRT 2212-172

DANIEL FELIPE CALDERÓN GALEANO
RM: 1053810731
Firma y sello del médico

EDISON ANTONIO GIRALDO MARTINEZ
CC: 1053849989
Firma del paciente

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA MANIZALES | **DIRECCIÓN:**Av. Lindsay, Calle 65 # 23B-29, Palogrande | **CIUDAD DE LA SEDE:** MANIZALES

TELÉFONO: 6068928012 - 6068918590 | **EMAIL:** citas.manizales@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-02-02

Nombres y apellidos: EDISON ANTONIO GIRALDO MARTINEZ
Fecha de nacimiento: 07/05/1996
Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

CC: 1053849989
Edad: 27 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-02-02 / 06:50:18
Fecha salida: 2024-02-02 / 11:39:10



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir ' recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Daniel Felipe Calderón Galeano
Médico y Cirujano
Esp. Medicina Laboral
TP. 1053810731
RM 2232-192

DANIEL FELIPE CALDERÓN GALEANO
RM: 1053810731
Firma y sello del médico

EDISON ANTONIO GIRALDO MARTINEZ
CC: 1053849989
Firma del paciente

Formando

Centro de Capacitación
NIT: 900531236-4
con licencia de funcionamiento según resolución 1616 del 28 de noviembre del 2012 aprobada por la secretaría de educación de Manizales

Capacítate con los Mejores

Centro de alturas aprobado mediante N° 08SE2019220000000045456 MINTRABAJO
En cumplimiento de la Resolución 4272 del 2021 bajo la NTC 6072(2014) ICONTEC-CS CER657026

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Manizales Caldas Cra 24 B N° 43-30 Cristo Rey - Calle 6A no 49-50 Avenida Centenario

Certifica que:

Edison Antonio Giraldo Martínez

Con CC N° 1053849989

Cursó y aprobó la formación teórica-practica de: REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

en Manizales Con una duración de 8 horas el día 03 de FEBRERO de 2024

Id del curso 626501

Nombre Empresa: ARINKO INGENIERIA S.A.S.
Nit: 900728910-8
Representante Legal: John Jairo Acosta Santander CC 10.291.398
Arl: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A



REPRESENTANTE LEGAL
Angela Carolina Loaiza Soto

Eliana Méndez Amaya
ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
LP: 74941

CERTIFICADO ICONTEC CS-CER657026
Fecha de Vencimiento: 2024-12-13
Fecha de otorgamiento: 2018-12-14

EXPEDICION 05 FEBRERO 2024 MANIZALES, CALDAS.

ARINKO

INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SISTEMA DE GESTIÓN SST

Considerando el uso de todas las medidas de prevención de riesgos, y dando cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO INGENIERIA S.A.S.

Yo Edwin Mateo Mateo C.C. 1053849989 recibí capacitación a conformidad lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ARINKO . En el que me comprometo a cumplir con todas las normas y protocolos de seguridad establecidos en el proyecto.

Este compromiso comprende:

1. Documentación requerida para el ingreso (Requisitos para el ingreso del personal).
2. Política de seguridad y salud en el trabajo.
3. Prohibiciones especiales.
4. Normas de seguridad.
5. Orden y Aseo de las instalaciones.
6. Plan de Emergencia (recursos de emergencia, Equipo de Respuesta, Evacuación, puntos de encuentro.
7. Causales de sanción al personal (Suspensión de actividades).
8. Identificación de los Factores de Riesgos (Eléctrico, mecánico, físico, locativo, biológicos, químicos, público, alturas e Informar oportunamente al jefe inmediato y/o al gestor ambiental del evento.
9. Uso de los Elementos de protección Personal.
10. Reportar al jefe inmediato el accidente y/o incidente.
11. Cumplimiento al Programa de prevención de consumo de Alcohol droga y tabaquismo.
12. Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Acepto y me comprometo a dar cumplimiento al SGSST tomando todas las medidas preventivas, además cumplir con los protocolo de SST y de todos los programas expuestos por el área de Gestión Ambiental cómo también informar oportunamente todas las condiciones de riesgos a las que estaré expuesto y que pongan en riesgo tanto mi integridad física como la de los compañeros.

Edwin Mateo Mateo
Nombre completo Trabajador
C.C 1053 849989
Fecha: Juev 5 de Febrero del 2024
Ciudad: manizales
Firma del capacitador encargado: _____

482

ARINKO INGENIERIA S.A.S	**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

VERIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
Nombres y apellidos: Colson Antonio Cuadro Martinez		
Cédula: 1053.849989	Fecha: 5 de Febrero 2024	
Marque con una X en la casilla izquierda la respuesta correcta:		
1. ¿Cuál es el objetivo de la seguridad y salud en el trabajo?		**NOTA**
	a. Mejorar las condiciones de salud de los hijos de los colaboradores..	B
X	**b.** Asegurar el bienestar físico, mental y social de los colaboradores.	
	c. Mejorar las condiciones de vivienda de las familias.	
2. ¿Cuáles son las políticas establecidas por ARINKO INGENIERIA S.A.S?		
	a. Alcohol y Farmacodependencia, SG-SST y organizacional	B
	b. PESV, Alcohol y Farmacodependencia y Estructura	
X	**c.** SG-SST,, Alcohol y farmacodependencia	
3. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del empleador?		
	a. Decorar las instalaciones de la empresa en fechas especiales.	B
X	**b.** Afiliar al trabajador y ejecutar el Decreto 1072 de Seguridad y Salud en el Trabajo.	
	c. Tramitar las citas con el médico general para los colaboradores.	
4. ¿Cuál de las siguientes es una obligación del colaborador?		
X	**a.** Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud	B
	b. Comprar los elementos de protección personal.	
	c. Asignar recursos técnicos y humanos para las emergencias.	
5. ¿Qué es un peligro?		
	a. Suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo.	B
	b. Disciplina que trata sobre la prevención de las lesiones y enfermedades.	
X	**c.** Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.	
6. ¿Qué debe hacer en caso de accidente de Laboral?		
X	**a.** Informar al jefe inmediato del colaborador accidentado.	B
	b. Informar a un compañero del área.	
	c. Ninguna de las anteriores.	
7. ¿Qué debe hacer en caso de emergencia?		
	a. Quédese en su puesto y continúe laborando.	B
X	**b.** Atienda las indicaciones del supervisor y la brigada de emergencias, conserve la calma, no corra, ni cause confusión.	
	c. Diríjase al punto de encuentro corriendo y gritando.	
8. Según el reglamento de higiene y seguridad industrial de ARINKO S.A.S ¿Cuál de los siguientes no es un riesgo de seguridad y salud?		
	a. Riesgo Eléctrico	B
X	**b.** Riesgo Estructural	
	c. Riesgo Biomecánico.	
9. ¿Cuál de las siguientes son programas del sistema de gestión establecidos por ARINKO S.A.S?		

483

	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ARINKO INGENIERÍA S.A.S	INDUCCIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

X	a. Prevención caída en alturas.	B.
	b. Prevención cardiovascular	
	c. Prevención física	
	NOTA FINAL	
	APROBÓ SI ☒ NO ☐	

Nombre:
Responsable de la evaluación

La presente evaluación es aprobada con un puntaje igual o mayor a **85.**

484

105

ARINKO	**SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROTOCOLO TRABAJO EN ALTURAS**	QUINARA DE COLOMBIA S.A. SOLUCIONES CONTABLES, FINANCIERAS Y TRIBUTARIAS

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE RECIBO DE MATERIAL DE PROTECCION

YO; Edwin Giraldo Martinez IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 1053899989 EN MI CALIDAD DE COLABORADOR DE LA EMPRESA ARINKO INGENIERIA S.A.S., CON MI FIRMA EN LA PRESENTE, CONFIRMO QUE RECIBIDO EL MATERIAL DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, ACATANDO EN LA TOTALIDAD LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE LOS RIESGOS LABORALES; ENTREGANDO DE MI PARTE TODA LA DISPOSICIÓN PARA HACER DE NUESTRA EMPRESA UN LUGAR SEGURO CON CERO ACCIDENTES DE TRABAJO.

"YO TRABAJO SEGURO"

ARINKO

Edwin Giraldo Martinez
C.C 1053899989

485

ARINKO INGENIERIA S.A.S.	**SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** **PROTOCOLO TRABAJO EN ALTURAS**

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA DE RECIBO DE MATERIAL DE PROTECCION

Yo; Edison Antonio Cleves Martinez identificado con la cédula de ciudadanía número 1053899989 en mi calidad de colaborador de la empresa **ARINKO INGENIERIA S.A.S.**, con mi firma en la presente, confirmo que recibido el material de protección para trabajo en alturas compuesto por:

ELEMENTO ENTREGADO	SI-NO	FECHA DE ASIGNACIÓN	FECHA DEVOLUCIÓN	ESTADO DE ENTREGA FINAL
Freno				
Mosquetón				
Manila Básica				
Eslinga en "Y"	SI	05-02-24		
Línea de Vida 50 mts				
Manila Soporte Pesado				
Arnés de Cuerpo Entero	SI	05-02-24		
Eslinga con Seguro Metálico				
OTRO CUAL:				

"YO TRABAJO SEGURO"

FIRMA DEL TRABAJADOR Edison Cleves Martinez
CC 1053899989

486

ARINKO	ARINKO INGENIERIA SAS	SST-FOR- 008
		Fecha: diciembre 2023
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN 1

FORMATO PARA ENTREGA INDIVIDUAL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE TRABAJADOR:	Edison Antonio Giraldo M.	NO. CEDULA:	1053899989
CARGO:	Practico	PROYECTO:	ICBF 1

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y DOTACIÓN ENTREGADOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DE ELEMENTOS ENTREGADOS	MOTIVO	FIRMA RECIBIDO
05-02-24	Casco		- Edison
05-02-24	Gafas OSC.		- Edison
05 02 24	Guantes NN.		- Edison
05-02 24	Arnes		- Edison
05 02 24	Eslinga en "Y".		- Edison
05-02 24	Arrestador		- Edison

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Lina María Salgado (Edison Giraldo)	CEDULA No.	25234961 (1053899989)
CARGO	SST (Aprendiz Practico)	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) 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 y restitución en caso de pérdida o no uso de estos mismos.

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO: Edison Giraldo ***No. Cedula:*** 1053899989

487

109

Anexo 3:

- Soportes de permisos para trabajos de alto riesgo.
- Soportes Inspección pre operacional de andamios.
- Soporte de inspección de equipos para atención de emergencias.

488

ARINKO	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023
		VERSIÓN: 0.0

Fecha de Inicio : Día: **Mes:** **Año:** 2024 **Hora de inicio:** 7.00 AM
Fecha de terminación: Día: 09 **Mes:** 02 **Año:** 2024 **Hora de terminación:** 6:00 pm
Descripción del trabajo: Intervención fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicación de granipias y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, insp. EPP-EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE FIJO	MOVIL
Homero Eduin	CC	9258916	Homero Eduin	X	
Juan David ochoa	CC	1.060.646.626	Juan David ochoa.	X	
Estaiver Guzmán	CC	1053899989	Estaiver	X	
Esteban Vanegas	CC	75078644?	Esteban V.	X	
Jhon Dayli Ejis				X	X
Jhon Sebastian Garcia	CC	1007821514		X	
Sneider Arnold C		1088671324			X
Diego Arcangel Arias		1053809668		X	
Oscar Darío Estrada		75067940		X	
José Pío Quintero	CC	10002300			X
CHRISTIAN ORTEGA SANCHEZ		1053799929			X
Cristian Alejandro	CC	1054994022			X

Marque con una X el equipamiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Línea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Protección auditiva	—	Eslinga posicionamiento	—	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Línea de trabajo	X
Otro:	—	Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	X
		Protección respiratoria	—	Línea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
Se verifico que los elementos de protección personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	X	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado: SI: X No: O			
		Careta soldadura	X	El personal cuanta con examen de aptitud para trabajo en alturas: SI: X No: O			

El personal esta capacitado (cuenta con el certificado vigente): SI: X No: O

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales - Av Santander

489

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACION							
DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: parales y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climáticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observa el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se he informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autorizo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisadas y examinadas, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO		
COORDINADOR DE ALTURAS		
NOMBRE Y APELLIDOS: Lina María Sabogal	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25234961	FIRMA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO		
NOMBRE Y APELLIDOS: Yamilet del Pilar Obando Ayala	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.815.204	FIRMA
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA		
NOMBRE Y APELLIDOS: CHRISTIAN DAVID SANCHEZ	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1053799928	FIRMA

OBSERVACIONES:

490

Powered by CamScanner

	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023
		VERSION: 0.0

Fecha de inicio : Dia: **Mes:** **Año: 2024** **Hora de inicio: 7.00 AM**
Fecha de terminación: Dia: 08 **Mes:** 02 **Año:** 2024 **Hora de terminacion:** 06:00 pm
Descripción del trabajo: Intervencion fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicacion de granipias y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, insp. EPP-EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE FIJO	MOVIL
Oscar Correa Escobar		75063946		X	
Edwin Vinasco		75076 4497	Edwin V.	X	
Juan David ochoa		1.060.646620	Juan David ochoa		X
[illegible]		1053894			X
[illegible]		1007831544			X
[illegible]		1053803659		X	X
[illegible]		1060 74783		X	
CHRISTIAN DYSANCHEZ		1053799928		X	
[illegible]		1060651324		X	
[illegible]		1054994876		X	
José Fdo Quinta		10002300		X	
				X	

Marque con una X el requerimiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Linea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Proteccion auditiva	—	Eslinga posicionamiento	—	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Linea de trabajo	X
Otro:	—	Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	—
		Proteccion respiratoria	—	Linea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
Se verifico que los elementos de proteccion personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	—	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado: Si: X No: O			
		Careta soldadura	—	El pesonal cuanta con examen de aptitud para trabajo en alturas: Si: X No: O			

El personal esta capacitado (cuenta con el certificado vigente): SI: X No: O

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales - Av Santander

491

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACION							
DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: pasos y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climaticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observa el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se ha informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autorizo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisadas y examinadas, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO		
COORDINADOR DE ALTURAS		
NOMBRE Y APELLIDOS: Lina Maria Salgado A.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 28259961	FIRMA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO		
NOMBRE Y APELLIDOS: Yamilet del Pilar Ospino Agudelo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.215.204	FIRMA
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA		
NOMBRE Y APELLIDOS: CHRISTIAN DAVIS ANCHEZ	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1053798928	FIRMA

OBSERVACIONES:

492

Powered by CamScanner

ARENKO	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023
		VERSION: 0.0

Fecha de inicio : Dia: Mes: Año: 2024 Hora de inicio: 7.00 AM
Fecha de terminación: Dia: 04 Mes: Feb. Año: 2024 Hora de terminacion: 6:00pm
Descripción del trabajo: Intervencion fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicación de graniplas y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, insp. EPP. EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE FIJO	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE MOVIL
Cristian Camilo Martinez	CC	1053809984			X
Jhoan Sebastian Gómez	CC	1007831544			X
Victor Ricardo Alzate	CC	7053808658			
Juan David ochoa	CC	1.060646620	Juan David ochoa	X	
Oscar Correa Escobar	CC	75065946		X	
Cristian alejandro M	CC	1064994827	Cristian Muñoz		
Edwin Marin L	CC	75076947		X	
Yuber yoseff galeano	CC	1060851324		X	
Jose Fdo Bonilla	CC	16007300		X	
Juan David	CC	1060747855		X	
CHRISTIAN DYPSANCHEZ	CC	7053798929		X	

Marque con una X el requerimiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Linea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Proteccion auditiva	—	Eslinga posicionamiento	—	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Linea de trabajo	X
Otro:	—	Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	—
		Proteccion respiratoria	—	Linea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
Se verifico que los elementos de proteccion personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	—	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado: Si: ⊗ No: ○			
		Careta soldadura	—	El personal cuanta con examen de aptitud para trabajo en alturas: Si: ⊗ No: ○			

El personal esta capacitado (cuenta con el certificado vigente): Si: ⊗ No: ○

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales - Av Santander

493

114

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACION							
DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: parales y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climaticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observa el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se ha informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autorizo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisados y examinados, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO		
COORDINADOR DE ALTURAS		
NOMBRE Y APELLIDOS: Lina María Delgado A	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25231961	FIRMA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO		
NOMBRE Y APELLIDOS: Yamileth del Pilar Delgado Ardila	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.215.709	FIRMA
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA		
NOMBRE Y APELLIDOS: CHRISTIAN DIAZ SANCHEZ	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1015799929	FIRMA

OBSERVACIONES:

494

115

Powered by CamScanner

ARINKO	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023 VERSION: 0.0

Fecha de inicio : Dia: **Mes:** **Año: 2024** **Hora de inicio: 7.00 AM**
Fecha de terminación: Dia: 06 **Mes:** 02 **Año:** 2024 **Hora de terminacion:** 5:00 PM
Descripción del trabajo: Intervencion fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicación de graniplas y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, Insp. EPP-EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE	
				FIJO	MOVIL
Diego Alexander Arcos	CC	1053808660			
Juan David ochoa.	CC	1.060.646670	Juan David ochoa.		X
Oscar Cobos R	CC	75063941			X
José Ode Gaviria	CC	10052300		X	
Edwin Cano	CC	10232895[illegible]		X	
Juan David T.	CC	1001[illegible]797		X	
Jaider Smith Castaño	CC	1088057329		X	
Cristian Alejandro H	CC	1054[illegible]877		X	
Antidio Medina	CC	1053[illegible]80		X	antidio
CHRISTIAN DAMIAN FIERRO	CC	1053748928		X	

Marque con una X el requerimiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Linea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Proteccion auditiva	—	Eslinga posicionamiento	—	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Linea de trabajo	X
Otro:	—	Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	—
		Proteccion respiratoria	—	Linea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
Se verifico que los elementos de proteccion personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	—	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado Si: X No:			
		Careta soldadura	—	El pesonal cuenta con examen de aptitud para trabajo en alturas: Si: X No:			

El personal esta capacitado (cuenta con el carbificado vigente): SI: X No:

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales - Av Santander

495

116

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACIÓN							
DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: parales y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climáticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observa el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se ha informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autorizo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisadas y examinadas, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO		
COORDINADOR DE ALTURAS		
NOMBRE Y APELLIDOS: Lina María Salgado A	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25234981	FIRMA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO		
NOMBRE Y APELLIDOS: Yamileth del Pilar Ochoa Angelo	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.715.204	FIRMA
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA		
NOMBRE Y APELLIDOS: CHRISTIAN OYOSANCHEZ	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1053798925	FIRMA

OBSERVACIONES:

496

Powered by CamScanner

ARINKO	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023
		VERSION: 0.0

Fecha de inicio: Dia: Mes: Año: 2024 **Hora de inicio:** 7.00 AM
Fecha de terminación: Dia: 05 Mes: 02 Año: 2024 **Hora de terminacion:** 5:00pm
Descripción del trabajo: Intervencion fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicación de granipias y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, insp. EPP-EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE FIJO	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE MOVIL
Oscar Correa Escobar	CC	75063946			3207956757
Jose Edo Montano	CC	10007300		X	X
Juan David ochoa.	CC	1.060.646.670	Ayudante	X	X
Cristian Alejandro M	CC	1054999829	oficial	X	
CHRISTIAN DAVID SANCHEZ	CC	1053999128	AY	X	
Edwin Zapata	CC	75076497	AY	X	3023229063
Diego Armando Arroyo	CC	1053809630	oficial	X	
Juan David L.	CC	1607167783	OF	X	3167408165
Edwar Eduardo Mejia	CC	1053849989	Pintor Tejo	X	3150930756
Juan Sebastian Jaramillo	CC	1007831544	ayudante	X	3112767768
				X	

Marque con una X el requerimiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Línea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Proteccion auditiva	—	Eslinga posicionamiento	—	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Linea de trabajo	X
Otro:		Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	—
	—	Proteccion respiratoria	—	Línea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
Se verifico que los elementos de proteccion personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	—	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado: Si: X No:			
		Careta soldadura	—	El personal cuenta con examen de aptitud para trabajo en alturas: Si: X No:			

El personal esta capacitado (cuenta con el certificado vigente): SI: X NO:

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales - Av Santander

497

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACION

DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: parales y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climaticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observa el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se ha informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autorizo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisadas y examinadas, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO			
COORDINADOR DE ALTURAS			
NOMBRE Y APELLIDOS: Lina María Salgado A	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1023498	FIRMA:	
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO			
NOMBRE Y APELLIDOS: Yamileth del Pilar Ortegón	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52215204	FIRMA:	
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA			
NOMBRE Y APELLIDOS: CHRISTIAN DYOSANCHEZ	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1053798938	FIRMA:	

OBSERVACIONES:

498

1/1

Powered by CamScanner

	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Diciembre 2023 Versión: 01

Empresa: **Arinco Ingeniería SAS**	Ciudad: **Manizales - Caldas**
Área/Proceso: Operativo/ Mantenimiento y pintura	Ubicación del Trabajo: Edificio ICBF regional Caldas
Fecha de Inicio Actividad: 5 febrero 2024	Fecha de Finalización Actividad: 10 febrero 2024
Hora de Inicio 7:00 am.	Hora de Finalización 6:00 pm.

Descripción de la tarea a realizar:
"Realizar el mantenimiento y restauración de la pintura de la fachada externa y carpintería metálica del inmueble donde funciona la sede principal del ICBF regional caldas".

SE REQUIERE PERMISO DE TRABAJO	SI	X	NO	

TIPO DE PERMISO DE TRABAJO

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

Cedula, Nombres y Apellidos de los trabajadores (Ejecutor)	Firma
1006627738 carlos morales	Carlos
Edwin pulido 72198180	
Oscar Correa Escobar	
Victor Jimenez	
Juan David ochoa. 1060646620	Juan David ochoa.
Diego Alirio Arango G	Diego
José Fdo Quintana.	

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		*Indique cada una de las herramientas a utilizar.*
Manuales	X	Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.
Eléctricas	X	Pulidora, taladro, equipo de soldadura.
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Cuántos trabajadores se requieren?	8
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Andamios fijos - A. Colgante
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Casco con barboquejo, gafas de seguridad con filtroV, guantes, ropa de trabajo, calzado de seguridad con puntera.
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	Pintura de agua y de aceite, graniplas, cemento, yeso, etc.
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NO
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	OJ

499

120

Powered by CamScanner

Peligros existentes y potenciales				Controles			
1. Exposición a ruido	X	19. Exposición y/o incendios	X	1. Demarcar y señalizar el area de trabajo	X	19. Cubrimientos de materiales	X
2. Iluminación inadecuada	—	20. Emisión de gases explosivos	—	2. Solicitar permisos de trabajo	X	20. Adecuada disposición de residuos	X
3. Contacto superficies calientes	—	21. Exposición a Vectores transmisores de enfermedades	—	3. Disponer de elementos de proteccion personal EPP	X	21. Equipos de protección caidas adecuados para labor especifica	X
4. Deficiencias de ventilación	—	22. Contaminación biologica	—	4. Efectuar conexión a tierra de equipos	X	22. Uso de desinfectantes para equipos	—
5. Exposición a vibraciones	—	23. Movimientos repetitivos	X	5. Equipos y herramientas en buen estado	X	23. Disponer de sistemas de comunicación	—
6. Proyección de particulas y fragmentos	X	24. Posturas inadecuadas de trabajo	X	6. Realizar corte de fluidos	—	24. Mantener asegurados y utilizar ayudas mecanicas durante el transporte y almacenamiento de cilindros de gas.	—
7. Mecanismos en movimiento	—	25. Exposición a vibraciones	—	7. Realizar medición de la concentración de gases en el area		25. Disponibilidad de las hojas de seguridad de los productos quimicos MSDS	X
8. Manejo de herramientas	X	26. Accidente o incidentes vehiculares, aereas y/o fluvial	—	8. Registro fisico de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos	X	26.Identificación de los productos quimicos	X
9. Caidas de Alturas	X	27. Movimiento de equipo pesado en el sitio de trabajo	X	9. Disponer pantallas protectoras	X	27. Almacenamiento correcto de materiales	X
10. Exposición en espacios confinados	—	28. Colisión y volcamiento de vehiculos	—	10. Inspeccionar areas adyacentes	X	28. Disponer de equipos de extincion del fuego	X
11. Levantamiento de cargas	X	29. Atropellamiento de personas	—	11. Disponer de sistemas de comunicación	—	29. Disponer de puntos de anclaje con resistencia 5000 lb	X
12. Caida de Objetos	X	30. Superficies lisas, irregulares, humedas y obstruidas	X	12. Informar a todo el personal directo e indirecto en el trabajo	X	30. Empleo de sistemas de acceso como escaleras	X
13. Atrapamientos por debajo o entre objetos	X	31. Techos, muros, pisos, paredes en mal estado	X	13. Aplicación de procedimientos de trabajo seguro	X	31. Empleo de sistemas de acceso como andamios	X
14. Contacto directo y/o indirecto con electricidad	—	32. Derrames	—	14. Prevenir y/o contener derrames	X		
15. Instalaciones electricas en mal estado	X	33. Espacios reducidos de trabajo	X	15. Implantar ventilacion mecanica permanente	—	32. Empleo de sistemas de acceso como plataformas	X
16. Exposición a atmosferas peligrosas y/o quimicas	X	34. Probabilidad de lluvia	X	16. Disponer un vigia al exterior	X		
17. Inhalación de gases, vapores, humos y neblinas	X	35. Caidas del mismo nivel	X	17. Humedecer con agua el area	—	33. Otros	X
18. Contacto con materiales o sustancias peligrosas	X	36. Otros	X	18. Separa y disponer residuos liquidos	X		

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

☐ SI, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☒ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

☒ SI, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

Nombre y Cedula de la persona (Emisor)	Firma
Lina Maria Salgado A.	

Nombre y Cedula de la persona (Observador)	Firma
Lina Maria Salgado A	

Powered by CamScanner

ARINKO	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023
		VERSION: 0.0

Fecha de inicio : Día: Mes: Año: 2024 **Hora de inicio:** 7.00 AM
Fecha de terminación: Día: 3 Mes: 02 Año: 2024 **Hora de terminacion:** 5.00pm
Descripción del trabajo: Intervencion fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicación de graniplas y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, insp. EPP-EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE FIJO	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE MOVIL
Edwin Fernando Ruiz		94660 51			
Oscar Correa Escobar	CC	77198880		X	
José Edo Bonilla	CC	75063946		X	
Diego Fernando Cardona	CC	10002300		X	X
Juan David ochoa.	CC	1.060.646.620	Juan David ochoa.		X
Cristian alejandro	CC	1054994827	Cristian Mendez	X	
Diego Alejandro Arango C	CC	1053808650	Diego	X	
CHRISTIAN DAVID SANCHEZ	CC	1053749426		X	

Marque con una X el requerimiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Línea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Proteccion auditiva	—	Eslinga posicionamiento	—	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Linea de trabajo	X
Otro:	—	Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	—
		Proteccion respiratoria	X	Linea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
Se verifico que los elementos de proteccion personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	X	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado: Si: ⊗ No: ○			
		Careta soldadura	X	El personal cuanta con examen de aptitud para trabajo en alturas: Si: ⊗ No: ○			

El personal esta capacitado (cuenta con el certificado vigente): SI: ⊗ No: ○

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales - Av Santander

501

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACION							
DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: parales y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climaticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observa el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se ha informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autorizo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisadas y examinadas, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO		
COORDINADOR DE ALTURAS		
NOMBRE Y APELLIDOS: Lina Maria Gallegado A	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25234961	FIRMA:
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO		
NOMBRE Y APELLIDOS: Lina Maria Gallegado A	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25234961	FIRMA:
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA		
NOMBRE Y APELLIDOS: Juan David achoa	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.060.646.670	FIRMA: Juan David achoa

OBSERVACIONES:

502

123

Powered by CamScanner

ARINKO	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023
		VERSION: 0.0

Fecha de inicio : Dia: Mes: Año: 2024 **Hora de inicio:** 7.00 AM
Fecha de terminación: Dia: 2 Mes: 02 Año: 2024 **Hora de terminacion:** 5:00PM
Descripción del trabajo: Intervencion fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicación de granplas y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, insp. EPP- EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE FIJO	MOVIL
Jairo Jimenez		SH660S1			
Edwin Arellano		73188880		X	X
Juan David ochoa.		1.060.646.620	Juan David Ochoa.	X	
PEDRO [illegible]		MA06513249		X	
José Fdo Quintero		16002300		X	
CHRISTIAN DIOSANEZ		1057998928		X	
Cristian alejandro M		1054994872	Cristian Muñoz	X	
Oscar Cerca Estrada		75063946		X	
Diego Acosta Arias		1053800869		X	

Marque con una X el requerimiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Línea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Proteccion auditiva	—	Eslinga posicionamiento	X	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Línea de trabajo	X
Otro:	—	Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	—
		Proteccion respiratoria	—	Línea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
Se verifico que los elementos de proteccion personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	—	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado: Si: X No: O			
		Careta soldadura	—	El personal cuenta con examen de aptitud para trabajo en alturas: Si: X No: O			

El personal esta capacitado (cuenta con el certificado vigente): Si: X No: O

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales - Av Santander

503

124

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACION							
DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: parales y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climaticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observe el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se ha informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autorizo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisadas y examinadas, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO		
COORDINADOR DE ALTURAS		
NOMBRE Y APELLIDOS	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA
Lina María Salgado A	25234961	
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO		
NOMBRE Y APELLIDOS	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA
Yamilet del Pilar Arroyo A	52215204	
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA		
NOMBRE Y APELLIDOS	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA

OBSERVACIONES:

504

125

Powered by CamScanner

ARINKO	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023
		VERSION: 0.0

Fecha de inicio : Dia: **Mes:** **Año:** 2024 **Hora de inicio:** 7.00 AM
Fecha de terminación: Dia: 1 **Mes:** 07 **Año:** 2024 **Hora de terminacion:** 5:00 pm
Descripción del trabajo: Intervencion fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicación de granipias y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, insp. EPP-EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE FIJO	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE MOVIL
Oscar Correa Erazo		75063946		X	3207956757
Victor Jimenez		5466051		X	
Eder Ruiz		73199180		X	
Juan David pchoa		1.060.646.620	Juan David pchoa.	X	
José Pido Quintana.	CC	100072300		X	3205048804
Cristian alejandro M	CC	1054994872	Cristian Meneses	X	
CHRISTIAN D SANCHEZ		1053798928		X	
Jorge Arcadio Arias		70638668		X	

Marque con una X el requerimiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Linea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Proteccion auditiva	—	Eslinga posicionamiento	—	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Linea de trabajo	X
Otro:	—	Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	—
		Proteccion respiratoria	—	Linea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
Se verifico que los elementos de proteccion personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	—	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado: SI: X No:			
		Careta soldadura	—	El personal cuanta con examen de aptitud para trabajo en alturas: SI: X No:			

El personal esta capacitado (cuenta con el certificado vigente): SI: X No:

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales - Av Santander

505

126

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACION							
DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: pasales y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climáticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observa el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se ha informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autorizo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisadas y examinadas, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO		
COORDINADOR DE ALTURAS		
NOMBRE Y APELLIDOS	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA
Lina María Delgado A	25234961	
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO		
NOMBRE Y APELLIDOS	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA
Yamilet del Pilar Arregin A.	52215204	
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA		
NOMBRE Y APELLIDOS	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA
Cristian alejandro mendez	1054994873	Cristian Mendez

OBSERVACIONES:

506

Powered by CamScanner

ARINKO	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023
		VERSION: 0.0

Fecha de inicio : Dia: **Mes:** **Año:** 2024 **Hora de inicio:** 7.00 AM
Fecha de terminación: Dia: 31 **Mes:** ENERO **Año:** 2024 **Hora de terminacion:** 5:00pm
Descripción del trabajo: Intervencion fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicación de graniplas y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, insp. EPP-EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE	
				FIJO	MOVIL
Juan David ochoa	CC	1060.646.620	Juan David ochoa	X	X
Victor Jimenez	CC	5466057		X	
Oscar Correa E	CC	75062946			X
Diego Alexander Alzate	CC	1053 [illegible] 658			X
Edwin Ruiz Llano	CC	73189890		X	
CHRISTIAN DIC SANCHEZ	CC	1053798428		X	
José Fdo Quintana	CC	10002300		X	
Cristian Alejandro M	CC	1054994857	Cristian Muñoz	X	

Marque con una X el requerimiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Linea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Proteccion auditiva	—	Eslinga posicionamiento	—	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Linea de trabajo	X
Otro:	—	Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	—
		Proteccion respiratoria	—	Linea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
Se verifico que los elementos de proteccion personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	—	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado: Si: X No: O			
		Careta soldadura	—	El personal cuanta con examen de aptitud para trabajo en alturas: Si: X No: O			

El personal esta capacitado (cuenta con el certificado vigente): Si: X No: O

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales - Av Santander

507
128

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACION							
DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: parales y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climáticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observa el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se ha informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autorizo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisadas y examinadas, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO		
COORDINADOR DE ALTURAS		
NOMBRE Y APELLIDOS: Lina María Callejo A.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 25234961	FIRMA
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO		
NOMBRE Y APELLIDOS: Yamilet Del Rosario Callejo A	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52252291	FIRMA
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA		
NOMBRE Y APELLIDOS: CHRISTIAN YESANCHEZ	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1053798928	FIRMA

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

ARINKO	PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS	FECHA: DICIEMBRE 2023
		VERSION: 0.0

Fecha de Inicio: Día: Mes: Año: 2024 Hora de Inicio: 7.00 AM
Fecha de terminación: Día: 30 Mes: ENERO Año: 2024 Hora de terminacion: 5:00pm
Descripción del trabajo: Intervencion fachada edificio ICBF (Raspado, lavado, limpieza de vidrios de ventanas, aplicación de granplas y pintura.

Procedimiento para realizar el trabajo: Firma del permiso trabajador autorizado, analisis de peligros y riesgos, inspeccion de andamios, insp. EPP-EPCC, ubicación de materiales, herramientas, ascenso de los colaboradores.

Tipo de trabajo: Trabajo en altura 10 metros aproximadamente, sobre andamios certificados, andamios colgantes.

Permiso concedido a: (sin excepción todos los trabajadores firmaran el permiso)

Marque con una X el punto de anclaje

NOMBRE (s) y APELLIDO (s)	TIPO	NUMERO DE DOCUMENTO	FIRMA	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE FIJO	VERIFICACION PUNTO DE ANCLAJE MOVIL
Yoli Jimenez	CC	51660511			
Oscar Correa E	C.C	75067946		X	
Cristian Alejandro M	CC	1054994579		X	
Ritter Arcadio Arias	CC	1053800698		X	X
Juan David Ochoa	CC	1.060.646.670	Juan.David ochoa.	X	X
José Edo Quintana	CC	10002300		X	
Edwar Bustillo	CC	7318980		X	

Marque con una X el requerimiento utilizado según sea

SISTEMAS DE ACCESO		ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL A UTILIZAR		ELEMENTOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS			
Andamio tubular CERTIFICADO	X	Casco con barbuquejo	X	Arnés	X	Conector de anclaje	X
Andamio colgante	X	Gafas de seguridad	X	Eslinga en Y	X	Línea de vida vertical	X
Escalera fija	X	Proteccion auditiva	—	Eslinga posicionamiento	—	Arrestador	X
Escalera portatil	—	Calzado de seguridad	X	Eslinga con absorvedor de	X	Línea de trabajo	X
Otro:	—	Guantes	X	Pretales	N/A	Descendedor	—
		Proteccion respiratoria	—	Línea de vida horizontal	N/A	Otro:	—
So verifico que los elementos de proteccion personal y sistemas de acceso se encuentren en buen estado	X	Careta facial	—	Se verifico la afiliacion del seguridad social del personal autorizado; SI: X No: O			
		Careta soldadura	—	El personal cuenta con examen de aptitud para trabajo en alturas: SI: X No: O			

El personal esta capacitado (cuenta con el certificado vigente): SI: X No: O

Ubicación especifica del sitio a realizar el trabajo: Toda la fachada del edificio ICBF de la ciudad de Manizales , Av Santander

509

Powered by CamScanner

LISTA DE VERIFICACION							
DESCRIPCION	SI	NO	N/A	DESCRIPCION	SI	NO	N/A
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente, señalizado y demarcado	X			Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	X		
Se han instalado la demarcación y señalización de la zona de trabajo y no permitir el paso de vehículos o personas	X			Las escaleras se encuentran en buenas condiciones: pasos y peldaños	X		
Los andamios y tableros se encuentran en buenas condiciones y son suficientes y apropiados para la ejecución de la tarea	X			Las herramientas a utilizar en la tarea de trabajo en alturas se encuentra en buen estado	X		
Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las qué ejecutaran el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso de trabajo	X			Las condiciones climaticas ofrecen seguridad para realizar la labor	X		
El lugar donde se realizará la tarea tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse como punto de anclaje	X			Por seguridad durante el trabajo se cuenta con la presencia de un ayudante de seguridad	X		
Se observa el trabajador con sus capacidades físicas y mentales y/o condiciones de salud óptimas para desempeñar eficientemente la tarea de trabajo en alturas	X			Se han identificado todos los riesgos de las actividades asignadas y se han mitigado. Se ha informado a quien competa en caso de existir riesgo para otras personas o contratistas en la obra de montaje	X		

Herramientas a utilizar: Valdes, llanas, espatulas, palustres, martillo, cincel, meseta, rodillo, brochas, lijas, pulidora.

Según la resolución 4272/2021, por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas.

Trabajo en alturas es a partir de 2.00 mt y todos los trabajadores arriba firmantes certificamos que estamos capacitados para laborar en alturas. De igual manera certificamos que nos encontramos en óptimas condiciones físicas, psicológicas y psíquicas para desarrollar la actividad de alturas encomendada y me comprometo a cumplir con todas las normas de seguridad establecidas dentro de la empresa.

Autorización: Autodzo y confirmo que las zonas de trabajo, equipos completos y elementos de protección han sido revisadas y examinadas, y que las precauciones señaladas han sido cumplidas.

VALIDACION DEL PERMISO		
COORDINADOR DE ALTURAS		
NOMBRE Y APELLIDOS: Lina María Salgado A.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 28234961	FIRMA:
PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO		
NOMBRE Y APELLIDOS: Yamilet Del Pilar Arregio A.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.213.204	FIRMA:
PERSONA QUE ACTIVA EL PLAN DE EMERGENCIAS - BRIGADISTA		
NOMBRE Y APELLIDOS: Juan David Ochoa.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.060.646.620	FIRMA: Juan David Ochoa.

OBSERVACIONES:

510

Powered by CamScanner

Anexo 4:

- Soportes de capacitación

ARINKO

CONTROL DE ASISTENCIA

TEMA	Uso correcto de equipos de PCC.
FECHA:	03 feb. 24.
FACILITADOR	Lina María Salgado Aguirre.
HORA:	30 minutos
LUGAR	Sede ppal ICBF Reg. Caldas
DURACIÓN:	

No.	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	AREA DE TRABAJO	FIRMA
1	Anyidi Medina	1145451	AY		
2	Victor Jimenez	5466051	Practico		
3	José Gla Quintana	10002300	Pintor.		
4	Edwin Cuellar	7319880			
5	Diego Montoya Castaño	1060651204	Oficial		
6	Oscar Correa E	1063946	U.C.		
7	Juan David Ochoa C.	1060.646.620	Ayudante.		
8	Jose Orlando A.	75079553	AY vigilante		
9	Cristian Hurtado Rivillot	1053802580	AYUDANTE	ICBF	
10	Cristian Alejandro M	1054994827	Oficial	ICBF	
11	Diego Armando Arbeláez G	1053808650	Oficial		
12	CHRISTIAN DIAZ SANCHEZ	1053748928	AY		
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

ARINKO

CONTROL DE ASISTENCIA

TEMA	Mecanismos para activación del plan de rescate en alturas, durante la pintura de la fachada del edificio ICBF.
FECHA:	5 de feb. 2024
FACILITADOR	Lina María Salgado Aguirre.
HORA:	7:00 am
LUGAR	Sede ppal Reg. Caldas ICBF.
DURACIÓN:	1 hora.

No.	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	AREA DE TRABAJO	FIRMA
1	Antidio Medina	14545120	A y		Antidio
2	Juan David ochoa	1.060.646.620	Ay	ICBF	Juan David ochoa.
3	Edwar Galeano	1053849824	Ay	ICBF	
4	Eyleen [illegible]	756764987	cc		
5	Juan [illegible]	16074787	cc		
6	Juan Sebastián Gaitán Arenas	1007931544	Ay	ICBF	
7	Diego [illegible]	1060651324	Oficial	"	
8	Oscar Camilo Escobar	75063940			
9	Jose Orlando [illegible]	75079553	Ayudante	CI	Orlando
10	Ricardo Andres C	1053808658	Oficial		Ricardo
11	[illegible] Mario Muñoz	1033802582	Ayudante	ICBF	
12	José Edo Quintana	10002300	Pintor	ICBF	
13	CHRISTIAN DYS SANCHEZ	1053798928	AY		CHRISTIAN
14	Cristian Alejandro R	1054994877	Oficial	ICBF	Cristian Ramirez
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

ENERO
2024

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE DE TRABAJO

DIEGO FRANH CASTAÑO SOTO

INVESTIGACION DE ACCIDENTE
OCURRIDO EL 29/01/2024
NOMBRE DE LA EMPRESA:
ARINKO INGENIERIA SAS
CR 23 C # 72 - 06 OFIC 304 EDIF FORUM BRR PALONEG
MANIZALES - CALDAS
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION:
LINA MARIA SALGADO AGUIRRE LIC EN SO 73995

S14

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA SAS

INFORMACION DE LA EMPRESA

Nombre o razón social	ARINKO INGENIERIA SAS
NIT o C.C.	900728910-8
ACTIVIDAD ECONOMICA	Construcción de edificios no residenciales, incluye construcción de todo tipo de edificios no residenciales, reforma o renovación de estructuras existentes, construcciones prefabricadas.
Clase de riesgo	V
Administradora de riesgos	ARL SURA
No. de accidentes ultimo año	0
Responsable salud ocupacional	LINA MARIA SALGADO AGUIRRE
Número de empleados	15
Número de empleados en el sitio de trabajo	14
Nombre represente legal	John Jairo Acosta Santander
Dirección de la empresa	CR 23 C 62 06 OF 304 ED FORUM
Teléfono	3213065380
Municipio	Manizales
Departamento	Caldas

CLASE DE RIESGO:

I (0.522%) ○	II (1.044%) ○	III (2.436) ○	IV (4.350%) ○	V (6.960%) X

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y nombres	Diego Franh Castaño Soto
Documento de identidad	106065132
Tipo de documento	Cedula de ciudadanía
Fecha de vinculación a la ARL	24/01/2024
Fecha de nacimiento	04/09/1991
Género	Masculino
Cargo	Oficial de construcción
Fecha de ingreso a la empresa	24/01/2024
Afiliación a salud (EPS)	Salud total
Afiliación a pensiones (AFP)	Porvenir
Oficio que desempeñaba en el momento del accidente	Pintando la fachada izquierda del edificio ICBF, sede Manizales.
Tiempo de experiencia en el oficio que desempeñaba en el momento del accidente, en meses	24 meses
Tipo de vinculación	Por la empresa

INVESTIGACIÓN:

Tipo de investigación	Incidente Accidente X
Fecha del accidente	Lunes 29 de enero de 2024
Hora del accidente	16:30 horas
Fecha de la muerte	NA

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA SAS

Fecha de investigación	Lunes 05 de febrero de 2024
Dirección donde ocurrió el accidente	Sede principal del ICBF Regional Caldas.
Lugar exacto donde ocurrió el accidente o incidente (dentro o fuera de la empresa)	Fachada del tercer piso del edificio ICBF
Tipo de presunto accidente de trabajo	Sobre esfuerzo/ Carga física
El trabajador estuvo involucrado en otros accidentes o incidentes	No
Se cuenta con matriz de factores de riesgo	Si
Hora de la investigación	10:00 horas
Forma de investigación	MODELO DE CAUSALIDAD- ILCI

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

El oficio que ejecutaba era propio de su cargo	Si
Hora de inicio de la jornada laboral	07:00 horas
IPS donde recibió la atención	Clínica de la presentación
Parte del cuerpo afectada	Hombro derecho
Tipo de lesión sufrida	Dolor en la articulación del hombro
Agente de la lesión	Materiales y equipos
Objeto, equipo o sustancia que origina el daño	Malacate
Elementos de protección personal que utilizaba el trabajador al momento del accidente	Casco, gafas, guantes, ropa de trabajo y EPCC
Días perdidos (en caso de incidente severo)	3 día
Han ocurrido accidentes similares (Sí o no. En caso afirmativo, ampliar detalles)	No

RIESGO:

Evaluación de la pérdida	No determinadas		
Potencial de otras pérdidas	No determinadas		
Probabilidad de que ocurra nuevamente	Alta	Media X	Baja

DAÑO A LA PROPIEDAD:

Pérdida a propiedad (objeto, equipo, etc.)	No
Naturaleza de la pérdida	NA
Costo estimado	NA
Costo real	NA
Otra(s) observación(es)	

515

137

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA SAS

DESCRIPCIÓN
Describa la tarea que realiza el trabajador (si la empresa la tiene estandarizada, incluirla en un anexo)

Oficial en obra civil.

¿QUE OCURRIO?:

El señor Diego, reporta molestia y fuerte dolor en su hombro derecho

¿CUÁNDO?:

El lunes 29 de enero de 2024 a las 16:00 horas

¿COMO?:

El señor Diego, se encontraba pintando la fachada del edificio, utilizando como medio de acceso un andamio colgante (malacate), en horas de la tarde reporta una leve molestia en su hombro derecho, dice que la molestia que presenta está asociada al esfuerzo que estuvo realizando al accionar la palanca del andamio colgante. Al día siguiente el señor diego, reporto fuerte dolor a nivel de su hombro derecho, por lo cual se remitió a la respectiva valoración médica.

ANALISIS CAUSAL

FACTORES PERSONALES:

Sobre esfuerzo físico.

ACTOS INSEGUROS:

El trabajador, no pidió ayuda a su compañero para accionar la palanca del malacate, generando sobreesfuerzo físico para sus extremidades.

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:
Sobre esfuerzo físico.

FACTORES DE TRABAJO:

Carga pesada

CONDICIONES INSEGURAS:

Falta de ayuda para mover la carga pesada.

AGENTE DE LA LESION:

Materiales y equipos

PARTE DEL CUERPO AFECTADA:

Hombro derecho

LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE:

Sede principal del ICBF Regional Caldas.

LESION:
Sobreesfuerzo muscular asociado a manipulación de cargas.

CONCEPTO DEL EVENTO

Con la información recopilada se identifican las siguientes causas del accidente, sujetas a modificaciones si fuere el caso, con el debido soporte:

ANÁLISIS CAUSAL

Causas inmediatas (condiciones y actos subestándar que causaron el accidente)	**Causas básicas (factores específicos personales o de trabajo que causaron el accidente)**	**Situaciones no claras o anormales**
ACTOS INSEGUROS • Sobre esfuerzo al levantar la carga. • **CONDICIONES INSEGURAS** •	**FACTORES PERSONALES** • No se estimó el riesgo. **FACTORES DE TRABAJO** • Carga pesada y sobre dimensionada para el trabajador.	No se obtuvieron fotografías para hacer la ilustración del lugar del accidente.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	C. C.
Cristian Sánchez	Ayudante	1053798928

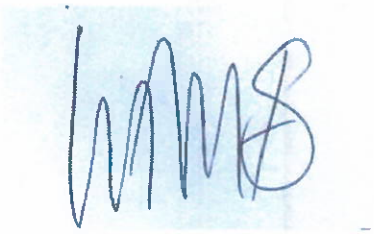
CONTROLES POR IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS	TIPO DE CONTROL			FECHA EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION
	FUENTE	MEDIO	PERSONA			
Socialización de la lección aprendida y medidas a implementar a acordes al accidente ocurrido			X	Febrero 10 de 2024	Febrero16 de 2024	Profesional SST
Se hace retroalimentación sobre el manejo manual del malacate, se instruye a los oficiales para que el ascenso con el malacate siempre se realice con la ayuda de un compañero.		x	x			Profesional SST

PERSONAS ENTREVISTADAS:

Nombre, cargo, empresa: **Diego Franh Castaño Soto** – Oficial de obra

PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN:

Nombre, cargo, empresa: Yamileth del Pilar Ortegón - Ingeniera residente
Nombre, cargo, empresa: Lina María Salgado Aguirre - Profesional SST



Firma: _____
INVESTIGADOR(A) LIC SO 73995

517

ENERO
2024

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE DE TRABAJO

GIOVANNI ALBERTO MARIN ZAPATA

INVESTIGACION DE ACCIDENTE
OCURRIDO EL 15/01/2024
NOMBRE DE LA EMPRESA:
ARINKO INGENIERIA SAS
CR 23 C # 72 - 06 OFIC 304 EDIF FORUM BRR PALONEG
MANIZALES - CALDAS
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION:
LINA MARIA SALGADO AGUIRRE LIC EN SO 73995

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA SAS

INFORMACION DE LA EMPRESA

Nombre o razón social	ARINKO INGENIERIA SAS
NIT o C.C.	900728910-8
ACTIVIDAD ECONOMICA	Construcción de edificios no residenciales, incluye construcción de todo tipo de edificios no residenciales, reforma o renovación de estructuras existentes, construcciones prefabricadas.
Clase de riesgo	V
Administradora de riesgos	ARL SURA
No. de accidentes ultimo año	0
Responsable salud ocupacional	LINA MARIA SALGADO AGUIRRE
Número de empleados	15
Número de empleados en el sitio de trabajo	14
Nombre represente legal	JHON JAIRO ACOSTA SANTANDER
Dirección de la empresa	CR 23 C 62 06 OF 304 ED FORUM
Teléfono	3213065380
Municipio	MANIZALES
Departamento	CLADAS

CLASE DE RIESGO:

I (0.522%) ○	II (1.044%) ○	III (2.436) ○	IV (4.350%) ○	V (6.960%) X

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y nombres	GIOVANNY ALBERTO MARIN ZAPATA
Documento de identidad	75091232
Tipo de documento	Cedula de ciudadanía
Fecha de vinculación a la ARP	28/11/2023
Fecha de nacimiento	23/04/1979
Género	Masculino
Cargo	Ayudante
Fecha de ingreso a la empresa	28/11/2023
Afiliación a salud (EPS)	SURA
Afiliación a pensiones (AFP)	Protección
Oficio que desempeñaba en el momento del accidente	Puliendo una reja
Tiempo de experiencia en el oficio que desempeñaba en el momento del accidente, en meses	24 meses
Tipo de vinculación	Por la empresa

INVESTIGACIÓN:

Tipo de investigación	Incidente Accidente X
Fecha del accidente	Lunes 15 de enero de 2024

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA SAS

Hora del accidente	09:30 horas
Fecha de la muerte	NA
Fecha de investigación	Lunes 15 de enero de 2024
Dirección donde ocurrió el accidente	Sede principal del ICBF Regional Caldas.
Lugar exacto donde ocurrió el accidente o incidente (dentro o fuera de la empresa)	Parqueadero externo
Tipo de presunto accidente de trabajo	Cuerpo extraño en el ojo izquierdo
El trabajador estuvo involucrado en otros accidentes o incidentes	No
Se cuenta con matriz de factores de riesgo	Si
Hora de la investigación	O9:00 horas
Forma de investigación	**MODELO DE CAUSALIDAD- ILCI**

INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

El oficio que ejecutaba era propio de su cargo	Si
Hora de inicio de la jornada laboral	07:00 horas
IPS donde recibió la atención	Clínica de la presentación
Parte del cuerpo afectada	Ojo izquierdo
Tipo de lesión sufrida	Traumatismos superficiales
Agente de la lesión	Material ´particulado
Objeto, equipo o sustancia que origina el daño	Objeto extraño
Elementos de protección personal que utilizaba el trabajador al momento del accidente	Casco, gafas, guantes, ropa de trabajo
Días perdidos (en caso de incidente severo)	1 día
Han ocurrido accidentes similares (Sí o no. En caso afirmativo, ampliar detalles)	No

RIESGO:

Evaluación de la pérdida	No determinadas		
Potencial de otras pérdidas	No determinadas		
Probabilidad de que ocurra nuevamente	Alta	Media X	Baja

DAÑO A LA PROPIEDAD:

Pérdida a propiedad (objeto, equipo, etc.)	No
Naturaleza de la pérdida	NA
Costo estimado	NA
Costo real	NA
Otra(s) observación(es)	

DESCRIPCIÓN

514

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA SAS

Describa la tarea que realiza el trabajador (si la empresa la tiene estandarizada, incluirla en un anexo)

Ayudante en obra civil.

¿QUE OCURRIO?:
El señor Giovanny Marín, reporta molestia y enrojecimiento del ojo izquierdo.

¿CUÁNDO?:

El día lunes 11 de enero de 2024 a las 11:00 horas

¿COMO?:

El señor Giovanny, reporta molestia y enrojecimiento del ojo izquierdo, dice que le ingreso una esquirla entre las gafas mientras estaba operando la pulidora Inmediatamente se realiza reporte ante la ARL y fue remitido a la Clínica de la presentación para su atención médica.

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA SAS

ANALISIS CAUSAL

FACTORES PERSONALES:

No se estimo el riesgo

→

ACTOS INSEGUROS:

El trabajador, tenía gafas de seguridad, pero no utilizo la careta

→

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:
Objeto extraño en el ojo.

FACTORES DE TRABAJO:
Evaluación deficiente de la condición conveniente para operar.

→

CONDICIONES INSEGURAS:

Métodos y procedimientos peligrosos.

→

AGENTE DE LA LESION:
Material particulado

PARTE DEL CUERPO AFECTADA:

Ojo izquierdo

→

LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE:

Sede principal del ICBF Regional Caldas.

→

LESION:

Irritación ocular.

520

CONCEPTO DEL EVENTO

Con la información recopilada se identifican las siguientes causas del accidente, sujetas a modificaciones si fuere el caso, con el debido soporte:

ANÁLISIS CAUSAL

Causas inmediatas (condiciones y actos subestándar que causaron el accidente)	**Causas básicas (factores específicos personales o de trabajo que causaron el accidente)**	**Situaciones no claras o anormales**
ACTOS INSEGUROS • Ubicación insegura. **CONDICIONES INSEGURAS** • Inadecuadamente protegido para operar la pulidora.	**FACTORES PERSONALES** • No se estimó el riesgo. • exposición a material particulado. **FACTORES DE TRABAJO** •	No se obtuvieron fotografías para hacer la ilustración del lugar del accidente.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	C. C.
Homero Salazar Sánchez	Soldador	10258915

REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE ACCIDENTE
EMPRESA: ARINKO INGENIERIA SAS

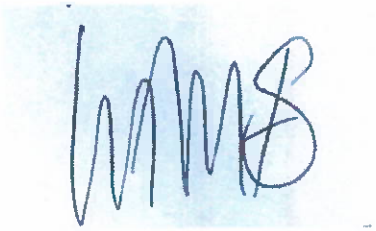
CONTROLES POR IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS	TIPO DE CONTROL			FECHA EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION
	FUENTE	MEDIO	PERSONA			
Socialización de la lección aprendida y medidas a implementar a acordes al accidente ocurrido			X	Enero 16 de 2024	Enero 16 de 2024	Profesional SST
Se hace entrega de careta facial y gafas para el operario de la pulidora			x			Profesional SST

PERSONAS ENTREVISTADAS:

Nombre, cargo, empresa: Giovanny Marín - Ayudante

PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN:

Nombre, cargo, empresa: Homero Salazar Sánchez - Soldador
Nombre, cargo, empresa: Yamileth del Pilar Ortegón - Ingeniera residente
Nombre, cargo, empresa: Lina María Salgado Aguirre - Profesional SST



Firma: _____

INVESTIGADOR(A) LIC SO 73995

521

148

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
SURA EPS	010	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PROTECCION — Código AFP: 002

Identificación general de la empresa

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

Nombre de la actividad económica

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

Nombre o razón social

ARINKO INGENIERIA SAS

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 900728910

Dirección	Teléfono	Fax
CR 23 C # 72 - 06 OFIC 304 EDIF FORUM BRRPALONEG	3113644150	3213065380

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
ARINKO.ING@HOTMAIL.COM	CALDAS	MANIZALES	(•) U ( ) R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

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

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo — Código de la actividad económica del centro de trabajo: 5411201

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

Dirección	Teléfono	Fax
CR 23 C # 62 - 06 OFIC 304 EDIF FORUM BRRPALONEGRO	3113644150	3213065380

Departamento	Municipio	Zona
CALDAS	MANIZALES	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
MARIN	ZAPATA	GIOVANNI ALBERTO

Tipo de identificación: ( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 75091232

Fecha de nacimiento: 23041979 — Sexo: (•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CL 51 G # 11 51	3016739225	3213065380

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
CALDAS	MANIZALES	(•) U ( ) R	AYUDANTE DE CONSTRUCCION

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
AYUDANTES EN REPARACIÓN Y MECÁNICA EN GENERAL (EXCEPTO VEHÍCULOS DE MOTOR)	1:21

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
28112023	1300000	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
15012024 11:00:00	S	Lunes

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

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

522

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

Indique cuál sitio

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

Parte del cuerpo aparentemente afectado

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

Tipo de Lesión

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

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

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

Mecanismos o forma del accidente

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

MATERIAL PARTICULADO

Descripción del accidente

EL SEÑOR GIVANNY, REPORTA MOLESTIA Y ENROJECIMIENTO DEL OJO IZQUIERDO, DICE QUE LE INGRESO UNA ESQUIRLA ENTRE LAS GAFAS MIENTRAS ESTABA OPERANDO LA PULIDORA.

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

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	HOMERO SALAZAR SANCHEZ		
Cargo	SOLDADOR	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	10258915
Apellidos y nombres		Documento de identidad	No.
Cargo		CC TI CE NU PA	

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

		Documento de identidad	No.
Apellidos y nombres	SALGADO AGUIRRE LINA MARIA	(•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA	25234961
Cargo	PROFESIONAL SST		

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL SURA
19-01-2024 16:53:09
19-01-2024 16:53:09
RECIBIDO

Fecha Impresión 19-01-2024 17:04:21

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | SURA

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	002	ARL SURA	40

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

Identificación general de la empresa

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

Nombre de la actividad económica

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

Nombre o razón social

ARINKO INGENIERIA SAS

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 900728910

Dirección	Teléfono	Fax
CR 23 C # 72 - 06 OFIC 304 EDIF FORUM BRRPALONEG	3113644150	3213065380

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
ARINKO.ING@HOTMAIL.COM	CALDAS	MANIZALES	(•) U ( ) R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

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

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo — Código de la actividad económica del centro de trabajo: 5411201

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

Dirección	Teléfono	Fax
CR 23 C # 62 - 06 OFIC 304 EDIF FORUM BRRPALONEGRO	3113644150	3213065380

Departamento	Municipio	Zona
CALDAS	MANIZALES	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
CASTAÑO	SOTO	DIEGO FRANH

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1060651324	04091991	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
BR LOS SAUCES CASA NO10	3148686587	3213065380

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
CALDAS	VILLAMARIA	(•) U ( ) R	AYUDANTE DE CONSTRUCCIÓN

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS	-1:8

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
24012024	1800000	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
29012024 04:30:00	S	Lunes

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

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

Total tiempo laborado previo al accidente: 8:0 — Tipo de accidente: ( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

523

151

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

Indique cuál sitio

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

Parte del cuerpo aparentemente afectado

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

Tipo de Lesión

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

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

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

Mecanismos o forma del accidente

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

SOBREESFUERZO MUSCULAR ASOCIADO A MINIPULACIÓN DE CARGAS...

Descripción del accidente

EL SEÑOR DIEGO, SE ENCONTRABA PINTANDO LA FACHADA DEL EDIFICIO. UTILIZANDO COMO MEDIO DE ACCESO UN ANDAMIO COLGANTE (MALACATE),EN HORAS DE LA TARDES REPORTA UNA LEVE MOLESTIA EN SU HOMBRO DERECHO, DICE QUE LA MOLESTIA QUE PRESENTA ESTA ASOCIADA AL ESFUERZO QUE ESTUVO REALIZANDO AL ACCIONAR LA PALANCA DEL ANDAMIO. AL DÍA SIGUIENTE EL SEÑOR DIEGO, REPORTO FUERTE DOLOR A NIVEL DE SU HOMBRO DERECHO, POR LO CUAL SE REMITIÓ A LA RESPECTIVA VALORACIÓN MEDICA.

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

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

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

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Apellidos y nombres: SALGADO AGUIRRE LINA MARIA — Documento de identidad: (•) CC ( ) TI ( ) CE ( ) NU ( ) PA — No.: 25234961
Cargo: PROFESIONAL SST

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente: 31-01-2024 21:23:00
Fecha de recibido en ARL SURA: 31-01-2024 21:23:00

ARL SURA RECIBIDO

Fecha Impresión 31-01-2024 21:26:28

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

8.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

Las actividades de mantenimiento se desarrollaron de acuerdo con lo encontrado en cada uno de los sitios intervenidos dando la solución técnica de acuerdo con lo establecido dentro de las especificaciones de las fichas de condiciones técnicas suministradas por la entidad y que hacen parte integral del contrato.

La actividad de pintura en la sede principal se inició después de haber sido aprobado el diseño final y se ser aprobado el ítem no previsto, establecido como **"INP.1 Fondeo de superficie en Pintura de fachada Koraza 5 años"**; este fondeo se hizo para cubrir completamente el color verde inicial y dar el acabado a los bloques color blanco y los tonos verdes claro referencia cenizo y verde medio referencia Hierba Vivaz, referencias de la marca PINTUCO en pintura koraza 10 años. Por otra parte, se utilizaron todos los anclajes instalados, 43 en total, con los aseguramientos de las líneas de vida y los andamios según la resolución 4272 de 2021.

Se involucraron dentro del alcance de las actividades, el apoyo técnico de los proveedores de materiales como Pintuco para Pintura, Revomastic (Resanes de fachada), Bases de adherencia de esgrafiado y Graniplast; quienes suministraron fichas técnicas y acompañamiento dentro del proceso.

Por otra parte, los proveedores de los andamios certificados nos suministraron las fichas técnicas y hojas de vida de los equipos utilizados. Toda esta información fue remitida a la entidad para revisión de la supervisión y aval de esta por parte de los profesionales involucrados.

El balance No2 entregado el día 19 de diciembre no se tuvo en cuenta porque no fue aprobado el ítem No previsto INP2, MANTENIEMIENTO E IMPERMEABILIZACIÓN DE SUPERFICIE DE CUBIERTA para el centro zonal del café en Chinchiná, se aprobó un nuevo balance No2 con las mayores y menores cantidades encontradas en el corte 3.

52 Y

Durante la ejecución del contrato se evidenció la mayor cantidad de obra en los ítems **1.2 "Mantenimiento y pintura de fachadas", 1.3 "Resane y revoque sobre fachada", 1.4 "Suministro y aplicación de esgrafiado", 1.5 "Mantenimiento y limpieza de ventanas", 1.9 "Mantenimiento y pintura de las rejas metálicas adheridas a ventanas", 1.11 "Mantenimiento y pintura alfajías metálicas" y 1.14" Mantenimiento fragua y Desagües Terraza".**

Se hicieron los paños completos con los productos para resanar Revomastic de PINTUCO y para el esgrafiado Graniplast de PINTUCO, siguiendo las recomendaciones del proveedor de las fichas técnicas que fueron suministradas en el corte de obra No.2

Se entrega el balance No3 con las mayores y menores cantidades.

8.2 RECOMENDACIONES

Dentro de la ejecución de las actividades que se llevaron a cabo cabe recordar la necesidad del cambio de canales colectoras de aguas lluvias de la sede CESPA, ya que en la actualidad las existentes presentan anchos de desarrollo que no tienen la capacidad suficiente para evacuar el agua, con lo cual en intensidades de lluvias medias a altas estas presentan rebose como los presentados en el inicio del mes de diciembre de 2023.

En la misma sede CESPA se recomienda cambiar los vidrios que se encuentran rotos, agrietados o fisurados en las claraboyas de la cubierta, los cuales pueden generar accidentes al personal de la sede.

Cambiar el policarbonato de la marquesina en el área Más Bienestar de la sede principal, ubicada en el sótano uno e instalar la canal para que no se vea afectado el trabajo realizado en el mosaico de la calle 40.

En la sede LINARES se recomienda revisar la filtración de agua por muro divisorio colindante con la casa vecina, ya que por el tipo de material del mismo (Bahareque), se necesitaría intervención del vecino para impermeabilizarlos en debida forma para que el agua lluvia escurra por la pared y funcionen los flanches instalados de manera adecuada.

En la sede principal del ICBF, se observa que la cubierta existente presenta fisuras o daños las cuales se han reparado de manera artesanal, esto debido a que el tipo de teja existente de asbesto cemento no es posible encontrarla en el mercado.

Se ha tratado de realizar limpieza con equipo de presión, pero la teja manifiesta desprendimiento, se intentó realizar mantenimiento con personal sobre la teja, pero la misma presenta ruidos de resquebrajamiento o rotura, por lo que se suspende cualquier tipo de intervención sobre la cubierta para evitar daños e incidentes con las personas que transitan en las oficinas.

Debido al tránsito sobre la cubierta al momento de intervenir los muros de fachadas ubicados sobre ellas, se quebró un tendido de teja, este se encontraba fisurado y reparado con un manto anteriormente. Esta área se reemplazó por teja acanalada, instalando estructura metálica de soporte, la cual no se tenía por eso falló.

Por todo anterior se recomienda el cambio de esta cubierta en la sede principal por una comercial la cual permita realizar mantenimientos o cambios en caso de ser necesario, igualmente se recomienda revisar la estructura de soporte de toda la teja existente.

Todas las actividades que se ejecutaron y se describen en el presente corte, fueron avaladas y contaron con el acompañamiento de la supervisión del contrato; se revisaron cantidades y calidad de obra por parte del arquitecto que apoya la supervisión. las actividades se desarrollaron con el visto bueno de la profesional SST de la entidad (ICBF).

Cordialmente,

John Jairo Acosta Santander
Representante Legal

Carlos Felipe Londoño Arenas
Director de Obra

Yamilet Del Pilar Ortegón Agudelo
Residente de Obra

ARINKO INGENIERIA S.A.S.
CRA 23 C #62-06 FORUM BUSINESS CENTER OF 304
CEL. 3213065380
arinko.ing@hotmail.com

525