	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PLANTA ELÉCTRICA		FECHA:	1/11/2022
			VERSION:	7

EMPRESA	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.		UBICACIÓN	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE		
MARCA	HONDA	SERIE	13878	MODELO	4T-4500	
SEMANA DE INSPECCIÓN	DEL _15_ AL__21__ DE __ABRIL___ DE___2024___					

Marque con una "X" según corresponda

	GENERALIDADES	LUN.		MAR.		MIÉ.		JUE.		VIE.		SÁB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Nivel de agua de radiador	X		X		X		X		X						
2	Nivel de aceite del motor	X		X		X		X		X						
3	Nivel del tanque de combustible	X		X		X		X		X						
4	Revisión de tubo de escape	X		X		X		X		X						
5	Verificar la limpieza y estado del filtro de aire	X		X		X		X		X						
6	Sistema de inyección de combustible	X		X		X		X		X						
7	Ajuste de tuercas y tornillos	X		X		X		X		X						
8	Sistema de arranque (yoyo)	X		X		X		X		X						
9	Sistema eléctrico	X		X		X		X		X						
10	Verificación de correas	X		X		X		X		X						
11	Verificación de guardas	X		X		X		X		X						
12	Revisión de fugas de combustible	X		X		X		X		X						
13	Revisión de fugas de agua	X		X		X		X		X						
14	Revisión de fugas de aceite	X		X		X		X		X						
15	Realizar limpieza del equipo	X		X		X		X		X						

Marque en las casillas con la letra según corresponda (A (ALTO), M(MEDIO), B(BAJO))

16	Nivel de combustible inicial	X		A		A		A		A						
17	Nivel de combustible final															
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
	NOMBRE DEL TRABAJADOR	JHON		JHON		JHON		JHON		JHON						
	FIRMA DEL TRABAJADOR:	JHON		JHON		JHON		JHON		JHON						
	NOMBRE INSPECTOR SST	Maria Fernanda		Mar.ia		maria		maria		maria						
	FIRMA INSPECTOR SST	Maria Fernanda		maria		maria		maria		maria						

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES:

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

Powered by CamScanner

walgo	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO: WG-SST-FR-25
	PREOPERACIONAL PLANTA ELECTRICA	Fecha 11-01-2022
		VERSION 01

Marca: nissan | SERIE 02 | Obra Transmilenio

Inspecciono: Jorge Gonzalez | Cargo

Inspecciono: | Cargo Aux

Hora desde: 9:00 Pm | Semana del: 1-04-2024 | al: 6-04-2024

Descripcion del trabajo :

C: CUMPLE NC: NO CUMPLE N/A: NO APLICA

Casco de Seguridad	C	Tapaboca		Arnes	
Gafas	C	Respirador con filtro		Impermeable	
Tapaoidos	C	guantes de carnaza		Lnea de vida	
Guantes de Nitrilo	C	Botas punta de acero	C	Otros	

ESPECIFICAR OTRO EPP:

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



OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADOR 1						Henry
FIRMA TRABAJADOR 2						
FIRMA INSPECTOR SST	BL317	BL317	BL317	BL317	BL317	BL317

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

walgo	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO: WG-SST-FR-25
	PREOPERACIONAL PLANTA ELECTRICA	Fecha 11-01-2022
		VERSION 01

Marca: nissan | SERIE 02 | Obra Transmilenio

Inspecciono: Jorge Gonzalez | Cargo

Inspecciono: | Cargo Aux

Hora desde: 9:00 Pm | Semana del: 1-04-2024 | al: 6-04-2024

Descripcion del trabajo :

C: CUMPLE NC: NO CUMPLE N/A: NO APLICA

Casco de Seguridad	C	Tapaboca		Arnes	
Gafas	C	Respirador con filtro		Impermeable	
Tapaoidos	C	guantes de carnaza		Lnea de vida	
Guantes de Nitrilo	C	Botas punta de acero	C	Otros	

ESPECIFICAR OTRO EPP:

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



OBSERVACIONES:

FIRMA TRABAJADOR 1						Henry
FIRMA TRABAJADOR 2						
FIRMA INSPECTOR SST	BL317	BL317	BL317	BL317	BL317	BL317

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

Sarmiento Design	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS Y HERRAMIENTA**	Versión: 01 Fecha: 01/10/2020	

OBRA/ PROYECTO	**TRANSMILENIO**	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL PULIDORA**	**PERIODO DE INSPECCION (FECHA)**		
			DEL	**21/03/2024**	**AL** **27/03/2024**

LUGAR DE TRABAJO:	ESTACION AV JIMENEZ, MOLINOS, PORTAL USME, SANTA LUCIA, BICENTENARIO, SAN FACON, LAS AGUAS, BIBLIOTECA, DE LA SABANA.	**PROPIETARIO:**	SARMIENTO DESIGN

IDENTIFICACIÓN EQUIPO:	9557HP	**MODELO:**	AZUL	**MARCA:**	MAKITA

FECHA	**21/03/2024**			**22/03/2024**			**23/03/2024**			**24/03/2024**			**25/03/2024**			**26/03/2024**			**27/03/2024**		
ITEM	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
Cuerpo de la pulidora	X			X			X			X			X			X			X		
Mango de agarre	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del cable y clavija	X			X			X			X			X			X			X		
Guarda protectora del disco	X			X			X			X			X			X			X		
Swicht Interruptor	X			X			X			X			X			X			X		
Disco adecuado para la actividad	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del disco de corte	X			X			X			X			X			X			X		
Limpieza del equipo	X			X			X			X			X			X			X		
¿Se autoriza su operación? (SI/NO)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
Nombre del/los operario(s)	ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY		
Nombre y firma del (os) responsable(s) de la inspección	KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus		

C	**Cumple**	**Descripción del correctivo que se debe realizar**	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE	
NC	**No cumple**																				
NA	**No aplica**																				
Fecha ejecución correctivo:																					

OBSERVACIONES GENERALES:

Sarmiento Design	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS Y HERRAMIENTA**	Versión: 01 Fecha: 01/10/2020	

OBRA/ PROYECTO	**TRANSMILENIO**	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL PULIDORA**	**PERIODO DE INSPECCION (FECHA)**		
			DEL	**21/03/2024**	**AL** **27/03/2024**

LUGAR DE TRABAJO:	ESTACION AV JIMENEZ, MOLINOS, PORTAL USME, SANTA LUCIA, BICENTENARIO, SAN FACON, LAS AGUAS, BIBLIOTECA, DE LA SABANA.	**PROPIETARIO:**	SARMIENTO DESIGN

IDENTIFICACIÓN EQUIPO:	9557HP	**MODELO:**	AZUL	**MARCA:**	MAKITA

FECHA	**21/03/2024**			**22/03/2024**			**23/03/2024**			**24/03/2024**			**25/03/2024**			**26/03/2024**			**27/03/2024**		
ITEM	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
Cuerpo de la pulidora	X			X			X			X			X			X			X		
Mango de agarre	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del cable y clavija	X			X			X			X			X			X			X		
Guarda protectora del disco	X			X			X			X			X			X			X		
Swicht Interruptor	X			X			X			X			X			X			X		
Disco adecuado para la actividad	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del disco de corte	X			X			X			X			X			X			X		
Limpieza del equipo	X			X			X			X			X			X			X		
¿Se autoriza su operación? (SI/NO)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
Nombre del/los operario(s)	ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY		
Nombre y firma del (os) responsable(s) de la inspección	KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus		

C	**Cumple**	**Descripción del correctivo que se debe realizar**	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE	
NC	**No cumple**																				
NA	**No aplica**																				
Fecha ejecución correctivo:																					

OBSERVACIONES GENERALES:

	INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS Y HERRAMIENTA	Versión: 01 Fecha: 01/10/2020

OBRA/ PROYECTO	**TRANSMILENIO**	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL PULIDORA**	**PERIODO DE INSPECCION (FECHA)**		
			DEL	**28/03/2024**	**AL**	**3/04/2024**

LUGAR DE TRABAJO:	ESTACION AV JIMENEZ, MOLINOS, PORTAL USME, SANTA LUCIA, BICENTENARIO, SAN FACON, LAS AGUAS, BIBLIOTECA, DE LA SABANA.	**PROPIETARIO:**	SARMIENTO DESIGN

IDENTIFICACIÓN EQUIPO:	9557HP	**MODELO:**	AZUL	**MARCA:**	MAKITA

FECHA	**28/03/2024**			**29/03/2024**			**30/03/2024**			**31/03/2024**			**1/04/2024**			**2/04/2024**			**3/04/2024**		
ITEM	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
Cuerpo de la pulidora	X			X			X			X			X			X			X		
Mango de agarre	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del cable y clavija	X			X			X			X			X			X			X		
Guarda protectora del disco	X			X			X			X			X			X			X		
Swicht Interruptor	X			X			X			X			X			X			X		
Disco adecuado para la actividad	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del disco de corte	X			X			X			X			X			X			X		
Limpieza del equipo	X			X			X			X			X			X			X		
¿Se autoriza su operación? (SI/NO)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
Nombre del/los operario(s)	ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY		
Nombre y firma del (os) responsable(s) de la inspección	KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus		

C	**Cumple**	**Descripción del correctivo que se debe realizar**	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE	
NC	**No cumple**																				
NA	**No aplica**																				
Fecha ejecución correctivo:																					

OBSERVACIONES GENERALES:

Sarmiento Design	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS Y HERRAMIENTA**	Versión: 01 Fecha: 01/10/2020

OBRA/ PROYECTO	**TRANSMILENIO**	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL PULIDORA**	**PERIODO DE INSPECCION (FECHA)**		
			DEL	**4/04/2024**	**AL** **10/04/2024**

LUGAR DE TRABAJO:	ESTACION AV JIMENEZ, MOLINOS, PORTAL USME, SANTA LUCIA, BICENTENARIO, SAN FACON, LAS AGUAS, BIBLIOTECA, DE LA SABANA.	**PROPIETARIO:**	SARMIENTO DESIGN

IDENTIFICACIÓN EQUIPO:	9557HP	**MODELO:**	AZUL	**MARCA:**	MAKITA

FECHA	**4/04/2024**			**5/04/2024**			**6/04/2024**			**7/04/2024**			**8/04/2024**			**9/04/2024**			**10/04/2024**		
ITEM	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
Cuerpo de la pulidora	X			X			X			X			X			X			X		
Mango de agarre	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del cable y clavija	X			X			X			X			X			X			X		
Guarda protectora del disco	X			X			X			X			X			X			X		
Swicht Interruptor	X			X			X			X			X			X			X		
Disco adecuado para la actividad	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del disco de corte	X			X			X			X			X			X			X		
Limpieza del equipo	X			X			X			X			X			X			X		
¿Se autoriza su operación? (SI/NO)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
Nombre del/los operario(s)	ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY		
Nombre y firma del (os) responsable(s) de la inspección	KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus		

C	**Cumple**	**Descripción del correctivo que se debe realizar**
NC	**No cumple**	
NA	**No aplica**	

CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
Fecha ejecución correctivo:						

OBSERVACIONES GENERALES:

Sarmiento Design	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS Y HERRAMIENTA**	Versión: 01 Fecha: 01/10/2020

OBRA/ PROYECTO	**TRANSMILENIO**	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL PULIDORA**	**PERIODO DE INSPECCION (FECHA)**		
			DEL	**11/04/2024**	**AL**	**17/04/2024**

LUGAR DE TRABAJO:	ESTACION AV JIMENEZ, MOLINOS, PORTAL USME, SANTA LUCIA, BICENTENARIO, SAN FACON, LAS AGUAS, BIBLIOTECA, DE LA SABANA.	**PROPIETARIO:**	SARMIENTO DESIGN

IDENTIFICACIÓN EQUIPO:	9557HP	**MODELO:**	AZUL	**MARCA:**	MAKITA

FECHA	**11/04/2024**			**12/04/2024**			**13/04/2024**			**14/04/2024**			**15/04/2024**			**16/04/2024**			**17/04/2024**		
ITEM	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
Cuerpo de la pulidora	X			X			X			X			X			X			X		
Mango de agarre	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del cable y clavija	X			X			X			X			X			X			X		
Guarda protectora del disco	X			X			X			X			X			X			X		
Swicht Interruptor	X			X			X			X			X			X			X		
Disco adecuado para la actividad	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del disco de corte	X			X			X			X			X			X			X		
Limpieza del equipo	X			X			X			X			X			X			X		
¿Se autoriza su operación? (SI/NO)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
Nombre del/los operario(s)	ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY		
Nombre y firma del (os) responsable(s) de la inspección	KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R Mateus		

C	**Cumple**	**Descripción del correctivo que se debe realizar**	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
NC	**No cumple**									
NA	**No aplica**									
Fecha ejecución correctivo:										

OBSERVACIONES GENERALES:

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

WG-SST-FR-07
Versión 01
Fecha de Emisión
11/01/2022

Nombre: Bach
Serie: 0434830
Obra: Transmilenio
Supervisor: Jose Ortis
Cargo:
Hora desde: 9:00 pm
Hasta: 5:00 am
Cargo:
Descripción del trabajo: cortar - Pulir.
Semana del: 1-04-2024 al: 6-04-2024

C: CUMPLE NC: NO CUMPLE N/A: NO APLICA

Casco de Seguridad	C	Tapaboca	C	Arnes	
Gafas	C	Respirador con filtro		Impermeable	
Tapaoidos	C	guantes de carnaza		Linea de vida	
Guantes de Nitrilo	C	Botas punta de acero	C	Otros	

ITEM	Lunes			Martes			Miercoles			Jueves			Viernes			Sabado			Domingo			OBSERVACIONES
	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	C	NC	N/A	
ESTADO DE CONVENIENCIA Y EXTENSIÓN ELECTRICA (CABLE, CLAVIJA)	X			X			X			X			X			X						
ESTADO DEL MECANISMO DE ENCENDIDO Y SU SEGURO	X			X			X			X			X			X						
CUBIERTA O PROTECCIÓN DEL DISCO	X			X			X			X			X			X						
ESTADO DE ALTURA DEL DISCO	X			X			X			X			X			X						
ESTADO DEL ESMERIL	X			X			X			X			X			X						
ESTADO DE LA MANERA	X			X			X			X			X			X						
ESTADO GENERAL DE PULIDORA (CUERPO, PIEZAS, SOPLADOR, ASEO)	X			X			X			X			X			X						
ESTADO GENERAL DE EXTINTORES	X			X			X			X			X			X						
ESTADO DE LA ZONA DE ACOPIO	X			X			X			X			X			X						
ESPACIO PARA LA ACTIVIDAD	X			X			X			X			X			X						



DE ESTE EQUIPO SUSPENDEN TRABAJOS CON ESTE EQUIPO
SI: NO:
Observaciones Generales:

OPERADOR	[illegible]	[illegible]	Luis	[illegible]	[illegible]	Henry	
OPERADOR 2							
N° DE EMPLEADO	Bh317	Bh317	Bh317	Bh318	Bh319	Bh320	

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

FECHA: 01/03/22
Versión: 1

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.AS	SERIE	956GHN
MODELO:	MAKITA	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 18 AL 24 DE MARZO DE 2024		

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado General del Mango de agarre	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
2	Estado General del Interruptor	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
3	Estado General de las escobillas	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
4	Estado General del Cable Electrico o de Potencia	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
5	Estado General de la Carcasa	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
6	Estado de la Guarda	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
7	Estado General de la Arandela que asegura el Disco	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
8	El Disco Cumple con las Especificaciones Tecnicas de la Pulidora	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
9	Otro	N/A		NA		NA		NA		NA		NA		NA		
10	Otro	N/A		NA		NA		NA		NA		NA		NA		
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		
FIRMA DE TRABAJADOR:		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		

María F. Merchán
Profesional SST

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

FECHA	
Version	1

DATOS GENERALES

EMPRESA	PINTURAS METÁLICAS MERCHAN S.AS	SERIE	SHAGHAI
MODELO	MAKITA	LUGAR DE UBICACION	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION	DEL 26 AL 31 DE MARZO DE 2024		

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACION
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado General del Mango de agarre	X		✓		✓		✓		✓		✓				
2	Estado General del Interruptor	X		✓		✓		✓		✓		✓				
3	Estado General de las escobillas	X		✓		✓		✓		✓		✓				
4	Estado General del Cable Electrico o de Potencia	X		✓		✓		✓		✓		✓				
5	Estado General de la Carcasa	X		✓		✓		✓		✓		✓				
6	Estado de la Guarda	X		✓		✓		✓		✓		✓				
7	Estado General de la Arandela que asegura el Disco	X		✓		✓		✓		✓		✓				
8	El Disco Cumple con las Especificaciones Tecnicas de la Pulidora	X		✓		✓		✓		✓		✓				
9	Otro	N/A		NA		NA		NA		NA		NA				
10	Otro	N/A		NA		NA		NA		NA		NA				
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	✓	NO	✓	NO	✓	NO	✓	NO	✓	NO	✓	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO				
FIRMA DE TRABAJADOR:		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO				
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		MARIA F		MARIA F		MARIA F		MARIA F		MARIA F.				
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		MARIA F.		MARIA F		MARIA F.		MARIA F.		MARIA F				

María F. Merchán
Profesional SST

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

FECHA:	1/11/2022
Version:	1

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	956GHN
MODELO:	MAKITA	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 01 AL 07 DE ABRIL DE 2024		

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado General del Mango de agarre	X		✓		✓		✓		✓		✓				
2	Estado General del Interruptor	X		✓		✓		✓		✓		✓				
3	Estado General de las escobillas	X		✓		✓		✓		✓		✓				
4	Estado General del Cable Electrico o de Potencia	X		✓		✓		✓		✓		✓				
5	Estado General de la Carcasa	X		✓		✓		✓		✓		✓				
6	Estado de la Guarda	X		✓		✓		✓		✓		✓				
7	Estado General de la Arandela que asegura el Disco.	X		✓		✓		✓		✓		✓				
8	El Disco Cumple con las Especificaciones Técnicas de la Pulidora.	X		✓		✓		✓		✓		✓				
9	Otro	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				
10	Otro	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar				
FIRMA DE TRABAJADOR:		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar				
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria				
FIRMA INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria				

María F. Merchán
Profesional SST

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

FECHA	
Versión	1

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	9554GHN
MODELO:	MAKITA	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 08 AL 14 DE ABRIL DE 2024		

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado General del Mango de agarre	X		X		X		X		X		X				
2	Estado General del Interruptor	X		X		X		X		X		X				
3	Estado General de las escobillas	X		X		X		X		X		X				
4	Estado General del Cable Electrico o de Potencia	X		X		X		X		X		X				
5	Estado General de la Carcasa	X		X		X		X		X		X				
6	Estado de la Guarda	X		X		X		X		X		X				
7	Estado General de la Arandela que asegura el Disco	X		X		X		X		X		X				
8	El Disco Cumple con las Especificaciones Tecnicas de la Pulidora	X		X		X		X		X		X				
9	Otro	N/A														
10	Otro	N/A														
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON				
FIRMA DE TRABAJADOR		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON				
NOMBRE DE INSPECTOR SST		Maria Fernanda		maria		maria		maria		Maria		Maria				
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		maria		maria		maria		Maria		maria				

María F. Merchán
Profesional SST

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

FECHA:
Version:

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	955GHN
MODELO:	MAKITA	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 16 AL 21 DE ABRIL DE 2024		

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado General del Mango de agarre	X		X		X		X		X						
2	Estado General del Interruptor	X		X		X		X		X						
3	Estado General de las escobillas	X		X		X		X		X						
4	Estado General del Cable Electrico o de Potencia.	X		X		X		X		X						
5	Estado General de la Carcasa	X		X		X		X		X						
6	Estado de la Guarda	X		X		X		X		X						
7	Estado General de la Arandela que asegura el Disco.	X		X		X		X		X						
8	El Disco Cumple con las Especificaciones Tecnicas de la Pulidora.	X		X		X		X		X						
9	Otro:	N/A														
10	Otro:	N/A														
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SS
	NOMBRE DE TRABAJADOR:	JHON		JHON		JHON		JHON		JHON						
	FIRMA DE TRABAJADOR:	JHON		JHON		JHON		JHON		JHON						
	NOMBRE DE INSPECTOR SST:	Maria Fernanda		maria		maria		maria		maria						
	FIRMA INSPECTOR SST	Maria Fernanda		maria		maria		maria		maria						

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDADURA

FECHA:	1/11/2022
Versión:	3

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	
MODELO: MILLER	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE	
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 18 AL 24 DE MARZO DE 2024		

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	PINZAS PORTA ELECTRODOS	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
2	CABLE PORTA ELECTRODOS	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
3	PINZAS PORTA MASA	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
4	CABLE PORTA MASA	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
5	CABLE DE CORRIENTE	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
6	REGULADOR DE AMPERAJES	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
7	SWITCH DE ENCENDIDO	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
8	CARCAZA	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
9	CLAVIJA	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		
FIRMA DE TRABAJADOR:		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		

María F. Merchán
Profesional SST

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDADURA

FECHA:	1/11/2022
Versión:	3

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.AS.	SERIE	
MODELO: MILLER	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE	
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 25 AL 31 DE MARZO DE 2024		

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M	OBSERVACIÓN
1	PINZAS PORTA ELECTRODOS	X		✓		✓		✓		✓		✓				
2	CABLE PORTA ELECTRODOS	X		✓		✓		✓		✓		✓				
3	PINZAS PORTA MASA	X		✓		✓		✓		✓		✓				
4	CABLE PORTA MASA	X		✓		✓		✓		✓		✓				
5	CABLE DE CORRIENTE	X		✓		✓		✓		✓		✓				
6	REGULADOR DE AMPERAJES	X		✓		✓		✓		✓		✓				
7	SWITCH DE ENCENDIDO	X		✓		✓		✓		✓		✓				
8	CARCAZA	X		✓		✓		✓		✓		✓				
9	CLAVIJA	X		✓		✓		✓		✓		✓				
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		✓		✓		✓		✓		✓				
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	✓	NO	✓	NO	✓	NO	✓	NO	✓	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO				
FIRMA DE TRABAJADOR:		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO		EMILIO				
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		MARIA F.		MARIA F.		MARIA F.		MARIA F.		MARIA F.				
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		MARIA F.		MARIA F.		MARIA F.		MARIA F.		MARIA F.				

María F. Merchán
Profesional SST

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

	PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDADURA	FECHA:	V1 1/2022
		Versión:	3

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.			SERIE	
MODELO:	MILLER	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE		
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 01 AL 07 DE ABRIL DE 2024				

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	PINZAS PORTA ELECTRODOS	X		✓		✓		✓		✓		✓				
2	CABLE PORTA ELECTRODOS	X		✓		✓		✓		✓		✓				
3	PINZAS PORTA MASA	X		✓		✓		✓		✓		✓				
4	CABLE PORTA MASA	X		✓		✓		✓		✓		✓				
5	CABLE DE CORRIENTE	X		✓		✓		✓		✓		✓				
6	REGULADOR DE AMPERAJES	X		✓		✓		✓		✓		✓				
7	SWITCH DE ENCENDIDO	X		✓		✓		✓		✓		✓				
8	CARCAZA	X		✓		✓		✓		✓		✓				
9	CLAVIJA	X		✓		✓		✓		✓		✓				
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		✓		✓		✓		✓		✓				
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar				
FIRMA DE TRABAJADOR:		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar				
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria				
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria				

María F. Merchán
Profesional SST

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDADURA

FECHA: 1/11/2023
Versión: 3

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	
MODELO: MILLER	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE	
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 08 AL 14 DE ABRIL DE 2024		

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIÓN
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	PINZAS PORTA ELECTRODOS	X		X		X		X		X		X				
2	CABLE PORTA ELECTRODOS	X		X		X		X		X		X				
3	PINZAS PORTA MASA	X		X		X		X		✓		✓				
4	CABLE PORTA MASA	X		X		✓		X		X		X				
5	CABLE DE CORRIENTE	X		X		X		X		X		X				
6	REGULADOR DE AMPERAJES	X		X		X		X		X		✓				
7	SWITCH DE ENCENDIDO	X		X		X		X		X		X				
8	CARCAZA	X		X		✓		X		X		X				
9	CLAVIJA	X		X		X		X		X		X				
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		X		✓		X		X		X				
EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?		X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON				María F. Merchán
FIRMA DE TRABAJADOR:		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON				Profesional SST
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		María Fernanda		María		María		María		María		María				
FIRMA INSPECTOR SST		María Fernanda		María		María		María		María		María				

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL EQUIPO DE SOLDADURA

FECHA:	V1/2023
Versión:	1

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.AS.	SERIE	
MODELO: MILLER	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA - INSTALACIONES DEL CLIENTE	
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 15 AL 21 DE ABRIL DE 2024		

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

No	ASPECTO A REVISAR	LUN. B	LUN. M	MAR. B	MAR. M	MIER. B	MIER. M	JUEV. B	JUEV. M	VIER. B	VIER. M	SAB. B	SAB. M	DOM. B	DOM. M	OBSERVACIÓN
1	PINZAS PORTA ELECTRODOS	X		X		X		X		X		X				
2	CABLE PORTA ELECTRODOS	X		X		X		X		X		X				
3	PINZAS PORTA MASA	X		X		X		X		X		X				
4	CABLE PORTA MASA	X		X		X		X		X		X				
5	CABLE DE CORRIENTE	X		X		X		X		X		X				
6	REGULADOR DE AMPERAJES	X		X		X		X		X		X				
7	SWITCH DE ENCENDIDO	X		X		X		X		X		X				
8	CARCAZA	X		X		X		X		X		X				
9	CLAVIJA	X		X		X		X		X		X				
10	EL EQUIPO ES APTO PARA SU USO	X		X		X		X		X		X				
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON				María F. Merchán
FIRMA DE TRABAJADOR:		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON				Profesional SST
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		María		María		María		María		María				
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		María		María		María		María		María				

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

		Código: WB-SST-FR-24	
		Versión: 2	
		Fecha de Emisión: 13/06/2023	

PROYECTO	Transmilenio	HORA DE INICIO	9:22Pm
FECHA DESDE	1-04-2024	HASTA	6-04-2024
NOMBRE	Jonatan Moreno	CARGO	Soldador
NOMBRE		CARGO	
MARCA	Miller	MODELO	
ACTIVIDAD	Soldar	SERIAL	0348945

HORA FINAL 5:00 am

Marque en las casillas con la letra según corresponda C (CUMPLE) NC(NO CUMPLE) N/A (NO APLICA)

	1. MOTOSOLDADOR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1	Estado general, Estado de la estructura del equipo	X			X			X			X			X			X					
1.2	Sistema eléctrico (cables, terminales, pinzas de masa y portaelectrodos)	X			X			X			X			X			X					
1.3	Condiciones del sistema de refrigeración del motor(sin fugas)	X			X			X			X			X			X					
1.4	Estado del depósito de combustible (sin fugas)	X			X			X			X			X			X					
1.5	Funcionamiento del panel de control,Estado del encendido	X			X			X			X			X			X					
1.6	Nivel de aceite,Correa ventilador	X			X			X			X			X			X					
1.7	Funcionamiento de motor(sin fugas)	X			X			X			X			X			X					
1.8	Fuente de energía	X			X			X			X			X			X					
1.9	Conexión á Tierra (cable a tierra)	X			X			X			X			X			X					
1.10	Estado de las ruedas de transporte del equipo	X			X			X			X			X			X					
1.11	Extintor de 10 libras	X			X			X			X			X			X					

	2. MIG	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
2.0	Panel Digital y Gatillo de la Antorcha	X			X			X			X			X			X					
2.1	Pistola de Empujar o Halar ,Cable con Pinza	X			X			X			X			X			X					
2.2	Regulador de Mezcla deArgón	X			X			X			X			X			X					
2.3	Medidor de Flujo y Manguera	X			X			X			X			X			X					
2.4	Puntas de Contacto Adicionales	X			X			X			X			X			X					
2.5	Carro de Ruedas con Portacilindros	X			X			X			X			X			X					
2.6	Rodillos Propulsores	X			X			X			X			X			X					
2.7	Compartimiento de Consumibles y Tabla de Parámetros	X			X			X			X			X			X					
2.8	Sistema de Propulsor de Engranaje	X			X			X			X			X			X					
2.9	Sistema de Enfriamiento o Ventilación	X			X			X			X			X			X					

	3. CABLES	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
3.0	Condición de los cables	X			X			X			X			X			X					
3.1	Sistema de aislamiento (revestimiento cables)	X			X			X			X			X			X					
3.2	Sistema de conexión (enchufes, etc.)	X			X			X			X			X			X					
3.3	Conexión a Tierra (cable a tierra)	X			X			X			X			X			X					
3.4	Estado de la pinza (conexión al cable)	X			X			X			X			X			X					

	4. OXICORTE	MARCA																				
		SERIE																				
		MODELO																				
		LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
		C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
4.0	Tubo de oxigeno (tapas, carrito, etc.)										X			X			X					
4.1	Arresta llamas										X			X			X					
4.2	Estado de los cilindros										X			X			X					
4.3	Capuchón de protección de la válvula										X			X			X					
4.4	Carro o carretilla para transporte de los cilindros										X			X			X					
4.5	Mangueras y conexiones										X			X			X					
4.6	Válvulas reguladoras y manómetros										X			X			X					
4.7	Chisperos para encendido de la llama										X			X			X					
4.8	Dispone de atrapallamas en la salida de los manómetros y en las entradas del mezclador										X			X			X					
4.9	Boquilla										X			X			X					
4.10	La biseladora se encuentra en buen estado y con sus accesorios completos										X			X			X					
4.11	Los cilindros se encuentran señalizados de acuerdo al producto que contienen.										X			X			X					
4.12	Válvulas Check										X			X			X					
4.13	Manómetros										X			X			X					
4.14	Estado de las mangueras										X			X			X					
4.15	Estado de los mangos de soldar (torcha)										X			X			X					
4.16	Condiciones de las boquillas										X			X			X					

FIRMA OPERADOR	Jonatan			Jonatan			Jonatan			Jordan			Jordan			Jordan					
FIRMA OPERADOR																						
FIRMA INSPECTOR SST	BHSH			BHSH			BHSH			BHSH			BHSH			BHSH					

OBSERVACIONES

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE EQUIPO DE SOLDADURA

PROYECTO: Transmilenio
HORA DE INICIO: 7:22Pm — HORA FINAL: 5:22 pm
FECHA DESDE: 4-04-2024 — HASTA: 6-04-2024
NOMBRE: Donatan Moreno — CARGO: Soldador
NOMBRE: — CARGO:
MARCA: Miller — MODELO:
ACTIVIDAD: Soldar — SERIAL: 234345

Marque en los casillas con la letra según corresponda C (CUMPLE) NC(NO CUMPLE) NA (NO APLICA)

1. MOTOSOLDADOR	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
1 Estado general, Estado de la estructura del equipo	X			X			X			X			X			X					
1.2 Sistema eléctrico (cables, terminales, pinzas de masa y portaelectrodos)	X			X			X			X			X			X					
1.3 Condiciones del sistema de refrigeración del motor(sin fugas)	X			X			X			X			X			X					
1.4 Estado del depósito de combustible (sin fugas)	X			X			X			X			X			X					
1.5 Funcionamiento del panel de control,Estado del encendido	X			X			X			X			X			X					
1.6 Nivel de aceite,Correa ventilador	X			X			X			X			X			X					
1.7 Funcionamiento de motor(sin fugas)	X			X			X			X			X			X					
1.8 Puente de energía	X			X			X			X			X			X					
1.9 Conexión a Tierra (cable a tierra)	X			X			X			X			X			X					
1.10 Estado de las ruedas de transporte del equipo	X			X			X			X			X			X					
1.11 Extintor de 10 libras	X			X			X			X			X			X					

2. MIG	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
2.0 Panel Digital y Gatillo de la Antorcha	X			X			X			X			X			X					
2.1 Pistola de Empujar o Haler ,Gable con Pinza	X			X			X			X			X			X					
2.2 Regulador de Mezcla deArgón	X			X			X			X			X			X					
2.3 Medidor de Flujo y Manguera	X			X			X			X			X			X					
2.4 Puntas de Contacto Adicionales	X			X			X			X			X			X					
2.5 Carro de Ruedas con Portacilindros	X			X			X			X			X			X					
2.6 Rodillos Propulsores	X			X			X			X			X			X					
2.7 Compartimiento de Consumibles y Tabla de Parámetros	X			X			X			X			X			X					
2.8 Sistema de Propulsor de Engranaje	X			X			X			X			X			X					
2.9 Sistema de Enfriamiento o Ventilación	X			X			X			X			X			X					

3. CABLES	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
3.0 Condición de los cables	X			X			X			X			X			X					
3.1 Sistema de aislamiento (revestimiento cables)	X			X			X			X			X			X					
3.2 Sistema de conexión (enchufes, etc.)	X			X			X			X			X			X					
3.3 Conexión a Tierra (cable a tierra)	X			X			X			X			X			X					
3.4 Estado de la pinza (conexión al cable)	X			X			X			X			X			X					

4. OXICORTE	MARCA																				
	SERIE																				
	MODELO																				
	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SABADO			DOMINGO		
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA
4.0 Tubo de oxigeno (tapas, carrito, etc.)										X			X			X					
4.1 Arresta llamas										X			X			X					
4.2 Estado de los cilindros										X			X			X					
4.3 Capuchón de protección de la válvula										X			X			X					
4.4 Carro o carretilla para transporte de los cilindros										X			X			X					
4.5 Mangueras y conexiones										X			X			X					
4.6 Válvulas reguladoras y manómetros										X			X			X					
4.7 Chisperos para encendido de la llama										X			X			X					
4.8 Dispone de atrapallamas en la salida de los manómetros y en las entradas del mezclador										X			X			X					
4.9 Boquilla										X			X			X					
4.10 La biseladora se encuentra en buen estado y con sus accesorios completos										X			X			X					
4.11 Los cilindros se encuentran señalizados de acuerdo al producto que contienen.										X			X			X					
4.12 Válvulas Check										X			X			X					
4.13 Manómetros										X			X			X					
4.14 Estado de las mangueras										X			X			X					
4.15 Estado de los mangos de solder (torcha)										X			X			X					
4.16 Condiciones de las boquillas										X			X			X					
FIRMA OPERADOR	Donatan			Donatan			Donatan			Donatan			Donatan			Donatan					
FIRMA OPERADOR																					
FIRMA INSPECTOR SST	BHSH			BHSH			BHSH			BHSH			BHSH			BHSH					

OBSERVACIONES

MFI INSTALACIONES SAS	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO	Código:SST-FI-05
	GESTIÓN INTEGRAL	Versión 01
		1/03/2024

PROYECTO:	Transmilenio Portal Tunal			UBICACION:	Plataforma 1 tunal
PROVEEDOR:	AMYCIA			SERIE:	2743
ACTIVIDAD:	Aplicación de granito.			MARCA:	CIMBELL
SEMANA DEL	24/03/2024	AL	30/03/2024	DE	

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

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL TRABAJADOR

Powered by CamScanner

Sarmiento Design	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS**	Versión: 01 Fecha: 01/10/2020

OBRA/ PROYECTO : TRANSMILENIO	**INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO**	**PERIODO DE INSPECCION (FECHA)**			
		DEL	**21/03/2024**	**AL**	**27/03/2024**

LUGAR DE TRABAJO:	**ESTACION AV JIMENEZ, MOLINOS, PORTAL USME, SANTA LUCIA, BICENTENARIO, SAN FACON, LAS AGUAS, BIBLIOTECA, DE LA SABANA.**	**PROPIETARIO:**	**SARMIENTO DESIGN**
IDENTIFICACIÓN EQUIPO:	**AMARILLO**	**MODELO:**	**NO APLICA**
MARCA:	**DEWALT**		

FECHA DE INSPECCIÓN	**21/03/2024**			**22/03/2024**			**23/03/2024**			**24/03/2024**			**25/03/2024**			**26/03/2024**			**27/03/2024**		
ÍTEM	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**
Cuerpo del taladro	X			X			X			X			X			X			X		
Mango de agarre	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del mandril	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del interruptor	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del cable y clavija	X			X			X			X			X			X			X		
¿Se autoriza su operación? (SI/NO)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
Nombre del/los operario(s)	ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY		
Nombre y firma del (os) responsable(s) de la inspección	KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus		

C	**Cumple**	**Descripción del correctivo que se debe realizar**	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE	
NC	**No cumple**																				
NA	**No aplica**																				
Fecha ejecución correctivo:																					

OBSERVACIONES GENERALES:

Sarmiento Design	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS**	Versión: 01 Fecha: 01/10/2020

OBRA/ PROYECTO : TRANSMILENIO	**INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO**	**PERIODO DE INSPECCION (FECHA)**	
		DEL 28/03/2024	**AL** 3/04/2024

LUGAR DE TRABAJO:	**ESTACION AV JIMENEZ, MOLINOS, PORTAL USME, SANTA LUCIA, BICENTENARIO, SAN FACON, LAS AGUAS, BIBLIOTECA, DE LA SABANA.**	**PROPIETARIO:**	**SARMIENTO DESIGN**		
IDENTIFICACIÓN EQUIPO:	**AMARILLO**	**MODELO:**	**NO APLICA**	**MARCA:**	**DEWALT**

FECHA DE INSPECCIÓN	**28/03/2024**			**29/03/2024**			**30/03/2024**			**31/03/2024**			**1/04/2024**			**2/04/2024**			**3/04/2024**		
ÍTEM	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**
Cuerpo del taladro	X			X			X			X			X			X			X		
Mango de agarre	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del mandril	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del interruptor	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del cable y clavija	X			X			X			X			X			X			X		
¿Se autoriza su operación? (SI/NO)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
Nombre del/los operario(s)	ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY		
Nombre y firma del (os) responsable(s) de la inspección	KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus		

C	**Cumple**	**Descripción del correctivo que se debe realizar**	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE	
NC	**No cumple**																				
NA	**No aplica**																				
Fecha ejecución correctivo:																					

OBSERVACIONES GENERALES:

Sarmiento Design	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS**	Versión: 01 Fecha: 01/10/2020

OBRA/ PROYECTO : TRANSMILENIO	**INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO**	**PERIODO DE INSPECCION (FECHA)**			
		DEL	**4/04/2024**	**AL**	**10/04/2024**

LUGAR DE TRABAJO:	**ESTACION AV JIMENEZ, MOLINOS, PORTAL USME, SANTA LUCIA, BICENTENARIO, SAN FACON, LAS AGUAS, BIBLIOTECA, DE LA SABANA.**	**PROPIETARIO:**	**SARMIENTO DESIGN**
IDENTIFICACIÓN EQUIPO:	**AMARILLO**	**MODELO:**	**NO APLICA**
MARCA:	**DEWALT**		

FECHA DE INSPECCIÓN	**4/04/2024**			**5/04/2024**			**6/04/2024**			**7/04/2024**			**8/04/2024**			**9/04/2024**			**10/04/2024**		
ÍTEM	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**
Cuerpo del taladro	X			X			X			X			X			X			X		
Mango de agarre	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del mandril	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del interruptor	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del cable y clavija	X			X			X			X			X			X			X		
¿Se autoriza su operación? (SI/NO)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
Nombre del/los operario(s)	ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY		
Nombre y firma del (os) responsable(s) de la inspección	KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus		

C	**Cumple**	**Descripción del correctivo que se debe realizar**	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE	
NC	**No cumple**																				
NA	**No aplica**																				
Fecha ejecución correctivo:																					

OBSERVACIONES GENERALES:

Sarmiento Design	**INSPECCIÓN PRE OPERACIONAL DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS**	Versión: 01 Fecha: 01/10/2020

OBRA/ PROYECTO : TRANSMILENIO	**INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO**	**PERIODO DE INSPECCION (FECHA)**			
		DEL	**11/04/2024**	**AL**	**17/04/2024**

LUGAR DE TRABAJO:	**ESTACION AV JIMENEZ, MOLINOS, PORTAL USME, SANTA LUCIA, BICENTENARIO, SAN FACON, LAS AGUAS, BIBLIOTECA, DE LA SABANA.**	**PROPIETARIO:**	**SARMIENTO DESIGN**
IDENTIFICACIÓN EQUIPO:	**AMARILLO**	**MODELO:**	**NO APLICA**
MARCA:	**DEWALT**		

FECHA DE INSPECCIÓN	**11/04/2024**			**12/04/2024**			**13/04/2024**			**14/04/2024**			**15/04/2024**			**16/04/2024**			**17/04/2024**		
ÍTEM	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**	**C**	**NC**	**NA**
Cuerpo del taladro	X			X			X			X			X			X			X		
Mango de agarre	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del mandril	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del interruptor	X			X			X			X			X			X			X		
Estado del cable y clavija	X			X			X			X			X			X			X		
¿Se autoriza su operación? (SI/NO)	SI			SI			SI			SI			SI			SI			SI		
Nombre del/los operario(s)	ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY			ANDRES MONROY		
Nombre y firma del (os) responsable(s) de la inspección	KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus			KEVIN RAMIREZ Kevin R. Mateus		

C	**Cumple**	**Descripción del correctivo que se debe realizar**	CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			CUMPLE			
NC	**No cumple**																				
NA	**No aplica**																				
Fecha ejecución correctivo:																					

OBSERVACIONES GENERALES:

PREOPERACIONAL DE TALADRO

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	
MODELO	MAKITA	UBICACION:	BODEGA - INSTALCIONES CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL__18__ AL__24__ DE__MARZO__DE__2024___		

Marque con una "X" según corresponda

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado del porta brocas	X		/		/		/		/		/		/		
2	Estado delo ajuste de mecha o mandril	X		/		/		/		/		/		/		
3	Estado del Interruptor/ Encendido	X		/		/		/		/		/		/		
4	Estado de la ventilación de motor	X		/		/		/		/		/		/		
5	Estado del mango con diseño ergonomico	X		/		/		/		/		/		/		
6	Estado del botón del sentido de giro	X		/		/		/		/		/		/		
7	Estado del cable y enchufe electrico	X		/		/		/		/		/		/		
8	Estado de la carcasa	X		/		/		/		/		/		/		
9	Estado de mango de fuerza	X		/		/		/		/		/		/		
10	Estado de las brocas	X		/		/		/		/		/		/		
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
	NOMBRE DE TRABAJADOR:	Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		
	FIRMA DE TRABAJADOR:	Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		Jackson		
	NOMBRE DE INSPECTOR SST:	Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
	FIRMA INSPECTOR SST	Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TALADRO

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	
MODELO	MAKITA	UBICACION:	BODEGA - INSTALCIONES CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 25 AL 31 DE MARZO DE 2024		

Marque con una "X" según corresponda

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado del porta brocas	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
2	Estado delo ajuste de mecha o mandril	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
3	Estado del Interruptor/ Encendido	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
4	Estado de la ventilación de motor	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
5	Estado del mango con diseño ergonomico	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
6	Estado del botón del sentido de giro	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
7	Estado del cable y enchufe electrico	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
8	Estado de la carcasa	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
9	Estado de mango de fuerza	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
10	Estado de las brocas	X		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
	NOMBRE DE TRABAJADOR:	Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		
	FIRMA DE TRABAJADOR:	Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		Endar		
	NOMBRE DE INSPECTOR SST:	Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
	FIRMA INSPECTOR SST	Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TALADRO

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	
MODELO	MAKITA	UBICACION:	BODEGA - INSTALCIONES CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 01 AL 07 DE ABRIL DE 2024		

Marque con una "X" según corresponda

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado del porta brocas	X		✓		✓		✓		✓		✓				
2	Estado delo ajuste de mecha o mandril	X		✓		✓		✓		✓		✓				
3	Estado del Interruptor/ Encendido	X		✓		✓		✓		✓		✓				
4	Estado de la ventilación de motor	X		✓		✓		✓		✓		✓				
5	Estado del mango con diseño ergonomico	X		✓		✓		✓		✓		✓				
6	Estado del botón del sentido de giro	X		✓		✓		✓		✓		✓				
7	Estado del cable y enchufe electrico	X		✓		✓		✓		✓		✓				
8	Estado de la carcasa	X		✓		✓		✓		✓		✓				
9	Estado de mango de fuerza	X		✓		✓		✓		✓		✓				
10	Estado de las brocas	X		✓		✓		✓		✓		✓				
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal			
FIRMA DE TRABAJADOR:		Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal	Endal			
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria			
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria			

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TALADRO

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	
MODELO	MAKITA	UBICACION:	BODEGA - INSTALCIONES CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL__01__ AL__07__ DE__ABRIL__DE__2024___		

Marque con una "X" según corresponda

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado del porta brocas	X		X		X		X		X		X		X		
2	Estado delo ajuste de mecha o mandril	X		X		X		X		X		X		X		
3	Estado del Interruptor/ Encendido	X		X		X		X		X		X		X		
4	Estado de la ventilación de motor	X		X		X		X		X		X		X		
5	Estado del mango con diseño ergonomico	X		X		X		X		X		X		X		
6	Estado del botón del sentido de giro	X		X		X		X		X		X		X		
7	Estado del cable y enchufe electrico	X		X		X		X		X		X		X		
8	Estado de la carcasa	X		X		X		X		X		X		X		
9	Estado de mango de fuerza	X		X		X		X		X		X		X		
10	Estado de las brocas	X		X		X		X		X		X		X		
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Edwin C		Edwin C		Edwin C		Edwin C		Edwin C		Edwin C		Edwin C		
FIRMA DE TRABAJADOR:		Edwin C		Edwin C		Edwin C		Edwin C		Edwin C		Edwin C		Edwin C		
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
FIRMA INSPECTOR SST		Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TALADRO

		Fecha:	1/11/2022
		Versión:	2

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.		
MODELO	MAKITA	UBICACION:	SERIE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL__08__ AL__14__ DE__ABRIL__DE__2024___		BODEGA - INSTALCIONES CLIENTE

Marque con una "X" según corresponda

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado del porta brocas	X		X		X		X		X		X				
2	Estado delo ajuste de mecha o mandril	X		X		X		X		X		X				
3	Estado del Interruptor/ Encendido	X		X		X		X		X		X				
4	Estado de la ventilación de motor	X		X		X		X		X		X				
5	Estado del mango con diseño ergonomico	X		X		X		X		X		X				
6	Estado del botón del sentido de giro	X		X		X		X		X		X				
7	Estado del cable y enchufe electrico	X		X		X		X		X		X				
8	Estado de la carcasa	X		X		X		X		X		X				
9	Estado de mango de fuerza	X		X		X		X		X		X				
10	Estado de las brocas	X		X		X		X		X		X				
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
	NOMBRE DE TRABAJADOR:	JHON		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON				
	FIRMA DE TRABAJADOR:	JHON		JHON		JHON		JHON		JHON		JHON				
	NOMBRE DE INSPECTOR SST:	Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria				
	FIRMA INSPECTOR SST	Maria Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria				

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TALADRO

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIE	
MODELO	MAKITA	UBICACION:	BODEGA - INSTALCIONES CLIENTE
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 15 AL 21 DE ABRIL DE 2024		

Marque con una "X" según corresponda

No	ASPECTO A REVISAR	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
1	Estado del porta brocas	X		X		X		X		X						
2	Estado delo ajuste de mecha o mandril	X		X		X		X		X						
3	Estado del Interruptor/ Encendido	X		X		X		X		X						
4	Estado de la ventilación de motor	X		X		X		✓		X						
5	Estado del mango con diseño ergonomico	X		X		X		X		X						
6	Estado del botón del sentido de giro	X		X		X		X		X						
7	Estado del cable y enchufe electrico	X		X		X		X		X						
8	Estado de la carcasa	X		X		X		X		X						
9	Estado de mango de fuerza	X		X		X		X		X						
10	Estado de las brocas	X		X		X		X		X						
	EL EQUIPO SE PUEDE UTILIZAR?	X	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
	NOMBRE DE TRABAJADOR:	JHON		JHON		JHON		JHON		JHON						
	FIRMA DE TRABAJADOR:	JHON		JHON		JHON		JHON		JHON						
	NOMBRE DE INSPECTOR SST:	Maria Fernanda		maria		maria		maria		maria						
	FIRMA INSPECTOR SST	Maria Fernanda		maria		maria		maria		maria						

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TRONZADORA

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIAL	260348
MODELO	MAKITA	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 18 AL 24 DE MARZO DE 2024		

Marque con una "X" según corresponda

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

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TRONZADORA

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIAL	260348
MODELO	MAKITA	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 25 AL 31 DE MARZO DE 2024		

Marque con una "X" según corresponda

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

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TRONZADORA

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	SERIAL	260348
MODELO	MAKITA	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA

SEMANA DE INSPECCION: DEL 01 AL 07 DE ABRIL DE 2024

Marque con una "X" según corresponda

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

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TRONZADORA

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.			SERIAL	260348
MODELO	MAKITA	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA		
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 08 AL 14 DE ABRIL DE 2024				

Marque con una "X" según corresponda

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

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

PREOPERACIONAL DE TRONZADORA

Fecha:	1/11/2022
Versión:	2

DATOS GENERALES

EMPRESA:	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.			SERIAL	260348
MODELO	MAKITA	LUGAR DE UBICACION:	BODEGA		
SEMANA DE INSPECCION:	DEL 15 AL 21 DE ABRIL DE 2024				

Marque con una "X" según corresponda

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

María F. Merchán
Profesional SST

OBSERVACIONES GENERALES EN CASO DE FALLA DEL EQUIPO

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

Powered by CamScanner

ELECTRONIKA TECNOLOGIA DE VANGUARDIA	INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS	Código: MC-FOR-034
		Versión: 2
		Página: 1 de 1
		Fecha: 9-5-2023

Empresa: MA ELECTRONIKA SAS **FECHA: 04/04/2024**

DATOS BASICO DEL VEHICULO

MARCA DEL VEHICULO	PLACA No. - PROCEDENCIA	MOVIL	TIPO DE TRANSMISIÓN	
FOTON	GET 168	FURGON	4X2	X
			4X4	

DATOS DEL CONDUCTOR

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA No.	CELULAR
Miguel Angel Romero	79.494.506	3185122546

UBIQUESE EN LA PARTE FROTAL	OK	MALO
Parabrisas (Que no tenga grietas ni este roto)	X	
Limpia parabrisas	X	
Estado de las farolas (rotas dañadas o sucias)	X	
Cambio de luces (pida que haga cambio de alta /bajas)	X	
Direccionales delanteras (pida que las encienda derecha-izquierda)	X	
Luces de parqueo delanteras (Pida que encienda las lucen intermitentes)	X	
Pito	X	
Parachoques delantero	X	
Placa	X	
Capo	X	
Parrilla de radiador	X	
PARTE LATERAL DERECHA (LADO DEL CONDUCTOR)	**OK**	**MALO**
Llanta delantera (sin deformaciones,Verifique estado y profundidad del labrado (3mm min))	X	
Rin delantero en buen estado y con todos sus pernos completos	X	
Amotiguador delantero sin fugas	X	
Hojas de resortes de lanteras (si aplica Que no haya hojas rotas o vencidas)	X	
Puerta del conductor (revise que funciones bien chapa y ventana)	X	
Espejo restrovisor (que no este fracturado se vea bien por el)	X	
Estado de la carroceria (estado de Pintura y puntos de corrosión)	X	
Llanta Trasera (Verifique labrado, que no tenga huevos y/o rajaduras)	X	
Rin Trasero en buen estado y con todos sus pernos	X	
Amotriguador trasero sin fuga	X	
Hojas de resortes traseras (Que no haya hojas rotas o vencidas)	X	
UBIQUESE EN LA PARTE TRASERA	**OK**	**MALO**
Estado de Puerta Trasera	X	
Operación de la puerta	X	
Direccionales	X	
Luces de Parqueo	X	
Pito de reversa	X	
Llanta de repuesto (sin deformaciones,Verifique estado y profundidad del labrado (3mm min))	X	
Bomper trasero	X	
PARTE LATERAL IZQUIERDA	**OK**	**MALO**
Llanta Trasera (sin deformaciones,Verifique estado y profundidad del labrado (3mm min))	X	
Rin Trasero en buen estado y con todos sus pernos	X	
Hojas de resortes traseras (Que no haya hojas rotas o vencidas)	X	
Amotriguador trasero sin fuga	X	
Estado de la carroceria (estado de Pintura y puntos de corrosión)	X	
Puerta del copiloto(revise que funciones bien chapas y ventanas)	X	
Puerta del pasajero(revise que funciones bien chapas y ventanas)	X	
Espejo retrovisor	X	
Llanta delantera (Verifique labrado, que no tenga huevos y/o rajaduras)	X	
Rin delantero en buen estado y con todos sus pernos completos	X	
Amotiguador delantero sin fugas	X	
Hojas de resortes de lanteras (si aplica)	X	

SISTEMA DE FRENOS	SI	NO
Oprima el pedal del freno ¿tiene recorrido excesivo en el pedal ?		X
El pedal no retoran a su posicion inicial?		X
Desajuste o desgaste el caucho del pedal del freno		X
El liquido de freno por debajo del nivel indicado		X
Se observan fugas visible de liquido de frenos en mangueras o concexiones		X
MOTOR	**SI**	**NO**
Perdida visible de aceite (Veriqfique que no halla goteos de aceite)		X
Nivel de aceite en la varilla por debajo del optimo		X
Perdida visible del liquido refrigerante (en manguera o conexines radiador o tarro de retorno)		X
Se observan en mal estado de los clables sistema eléctrico		X
Bateria bien asegurada a su soporte		X
Bornes e la bateria sulfatados		X
Fuga visible de cumbustible en magnueras o concexiones		X
SISTEMA DE ESCAPE (EXOSTO)	**SI**	**NO**
Sistema de escape de gases se observa bien asegurado	X	
Sistema de escape se observa en buen estado	X	
Se presentan ingreso de gases al habitaculo de los pasajeros		X
EQUIPO DE CARRETERA	**SI**	**NO**
Triangulos o conos de señalización en buen estado en material reflectivo	X	
Se observa el gato en buen estado	X	
Cruceta o llave para cambiar las llantas	X	
Juego de herramientas (destornilladores y alicantes como minimo)	X	
Guantes	X	
Cables de arranque	X	
Tacos de bloqueo de ruedas	X	
Se Observa botiquin en buenas condiciones y con la dotación completa	X	
se observa extintor vigente, con carga operación y de ubicación de facil acceso	X	
Manila	X	
INTERIOR	**SI**	**NO**
Se observan en buen estado los tapetes	X	
Se Observan cinturones de Seguridad en buen estado para todos los puesto	X	
Se observan todas las sillas en buen estado y bien ancladas	X	
Se observa espejo retovisor en buen estado	X	
Aseo	X	
DOCUMENTACIÓN	**OK**	**MALO**
Licencia de conducción	X	
Soat vigente	X	
Certificado Tecnicomecanico y de gases vigente	X	
eps	X	
arp	X	
otros (describa cuales)		
otros (describa cuales)		
otros (describa cuales)		
otros (describa cuales)		

OBSERVACIONES

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACION	FECHA DE COMPROMISO DE CIERRE	NOMBRE Y FIRMA DE VERIFICACION DE CIERRE

Miguel Romero	Técnico	
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA INSPECCION	**DEPARTAMENTO**	**FIRMA DEL CONDUCTOR**

ELECTRONIKA TECNOLOGIA DE VANGUARDIA	INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS	Código: MC-FOR-034
		Versión: 2
		Página: 1 de 1
		Fecha: 9-5-2023

Empresa: MA ELECTRONIKA SAS **FECHA: 04/04/2024**

DATOS BASICO DEL VEHICULO

MARCA DEL VEHICULO	PLACA No. - PROCEDENCIA	MOVIL	TIPO DE TRANSMISIÓN
CHEVROLET	IWY 465	Camioneta N300	4X2 X / 4X4

DATOS DEL CONDUCTOR

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA No.	CELULAR
Miguel Angel Romero	79.494.506	3185122546

UBIQUESE EN LA PARTE FROTAL	OK	MALO
Parabrisas (Que no tenga grietas ni este roto)	X	
Limpia parabrisas	X	
Estado de las farolas (rotas dañadas o sucias)	X	
Cambio de luces (pida que haga cambio de alta /bajas)	X	
Direccionales delanteras (pida que las encienda derecha-izquierda)	X	
Luces de parqueo delanteras (Pida que encienda las lucen intermitentes)	X	
Pito	X	
Parachoques delantero	X	
Placa	X	
Capo	X	
Parrilla de radiador	X	
PARTE LATERAL DERECHA (LADO DEL CONDUCTOR)	**OK**	**MALO**
Llanta delantera (sin deformaciones,Verifique estado y profundidad del labrado (3mm min))	X	
Rin delantero en buen estado y con todos sus pernos completos	X	
Amotiguador delantero sin fugas	X	
Hojas de resortes de lanteras (si aplica Que no haya hojas rotas o vencidas)	X	
Puerta del conductor (revise que funciones bien chapa y ventana)	X	
Espejo restrovisor (que no este fracturado se vea bien por el)	X	
Estado de la carroceria (estado de Pintura y puntos de corrosión)	X	
Llanta Trasera (Verifique labrado, que no tenga huevos y/o rajaduras)	X	
Rin Trasero en buen estado y con todos sus pernos	X	
Amotriguador trasero sin fuga	X	
Hojas de resortes traseras (Que no haya hojas rotas o vencidas)	X	
UBIQUESE EN LA PARTE TRASERA	**OK**	**MALO**
Estado de Puerta Trasera	X	
Operación de la puerta	X	
Direccionales	X	
Luces de Parqueo	X	
Pito de reversa	X	
Llanta de repuesto (sin deformaciones,Verifique estado y profundidad del labrado (3mm min))	X	
Bomper trasero	X	
PARTE LATERAL IZQUIERDA	**OK**	**MALO**
Llanta Trasera (sin deformaciones,Verifique estado y profundidad del labrado (3mm min))	X	
Rin Trasero en buen estado y con todos sus pernos	X	
Hojas de resortes traseras (Que no haya hojas rotas o vencidas)	X	
Amotriguador trasero sin fuga	X	
Estado de la carroceria (estado de Pintura y puntos de corrosión)	X	
Puerta del copiloto(revise que funciones bien chapas y ventanas)	X	
Puerta del pasajero(revise que funciones bien chapas y ventanas)	X	
Espejo retrovisor	X	
Llanta delantera (Verifique labrado, que no tenga huevos y/o rajaduras)	X	
Rin delantero en buen estado y con todos sus pernos completos	X	
Amotiguador delantero sin fugas	X	
Hojas de resortes de lanteras (si aplica)	X	

SISTEMA DE FRENOS	SI	NO
Oprima el pedal del freno ¿tiene recorrido excesivo en el pedal ?		X
El pedal no retoran a su posicion inicial?		X
Desajuste o desgaste el caucho del pedal del freno		X
El liquido de freno por debajo del nivel indicado		X
Se observan fugas visible de liquido de frenos en mangueras o concexiones		X
MOTOR	**SI**	**NO**
Perdida visible de aceite (Veriqfique que no halla goteos de aceite)		X
Nivel de aceite en la varilla por debajo del optimo		X
Perdida visible del liquido refrigerante (en manguera o conexines radiador o tarro de retorno)		X
Se observan en mal estado de los clables sistema eléctrico		X
Bateria bien asegurada a su soporte		X
Bornes e la bateria sulfatados		X
Fuga visible de cumbustible en magnueras o concexiones		X
SISTEMA DE ESCAPE (EXOSTO)	**SI**	**NO**
Sistema de escape de gases se observa bien asegurado	X	
Sistema de escape se observa en buen estado	X	
Se presentan ingreso de gases al habitaculo de los pasajeros		X
EQUIPO DE CARRETERA	**SI**	**NO**
Triangulos o conos de señalización en buen estado en material reflectivo	X	
Se observa el gato en buen estado	X	
Cruceta o llave para cambiar las llantas	X	
Juego de herramientas (destornilladores y alicantes como minimo)	X	
Guantes	X	
Cables de arranque	X	
Tacos de bloqueo de ruedas	X	
Se Observa botiquin en buenas condiciones y con la dotación completa	X	
se observa extintor vigente, con carga operación y de ubicación de facil acceso	X	
Manila	X	
INTERIOR	**SI**	**NO**
Se observan en buen estado los tapetes	X	
Se Observan cinturones de Seguridad en buen estado para todos los puesto	X	
Se observan todas las sillas en buen estado y bien ancladas	X	
Se observa espejo retovisor en buen estado	X	
Aseo	X	
DOCUMENTACIÓN	**OK**	**MALO**
Licencia de conducción	X	
Soat vigente	X	
Certificado Tecnicomecanico y de gases vigente	X	
eps	X	
arp	X	
otros (describa cuales)		
otros (describa cuales)		
otros (describa cuales)		
otros (describa cuales)		

OBSERVACIONES

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACION	FECHA DE COMPROMISO DE CIERRE	NOMBRE Y FIRMA DE VERIFICACION DE CIERRE

Miguel Romero	Técnico	
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA INSPECCION	**DEPARTAMENTO**	**FIRMA DEL CONDUCTOR**

ELECTRONIKA TECNOLOGIA DE VANGUARDIA	INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS	Código: MC-FOR-034
		Versión: 2
		Página: 1 de 1
		Fecha: 9-5-2023

Empresa: MA ELECTRONIKA SAS **FECHA: 04/04/2024**

DATOS BASICO DEL VEHICULO

MARCA DEL VEHICULO	PLACA No. - PROCEDENCIA	MOVIL	TIPO DE TRANSMISIÓN
CHEVROLET	RDN 465	Camioneta N200	4X2 X 4X4

DATOS DEL CONDUCTOR

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA No.	CELULAR
Miguel Angel Romero	79.494.506	3185122546

UBIQUESE EN LA PARTE FROTAL	OK	MALO
Parabrisas (Que no tenga grietas ni este roto)	X	
Limpia parabrisas	X	
Estado de las farolas (rotas dañadas o sucias)	X	
Cambio de luces (pida que haga cambio de alta /bajas)	X	
Direccionales delanteras (pida que las encienda derecha-izquierda)	X	
Luces de parqueo delanteras (Pida que encienda las lucen intermitentes)	X	
Pito	X	
Parachoques delantero	X	
Placa	X	
Capo	X	
Parrilla de radiador	X	
PARTE LATERAL DERECHA (LADO DEL CONDUCTOR)	**OK**	**MALO**
Llanta delantera (sin deformaciones,Verifique estado y profundidad del labrado (3mm min))	X	
Rin delantero en buen estado y con todos sus pernos completos	X	
Amotiguador delantero sin fugas	X	
Hojas de resortes de lanteras (si aplica Que no haya hojas rotas o vencidas)	X	
Puerta del conductor (revise que funciones bien chapa y ventana)	X	
Espejo restrovisor (que no este fracturado se vea bien por el)	X	
Estado de la carroceria (estado de Pintura y puntos de corrosión)	X	
Llanta Trasera (Verifique labrado, que no tenga huevos y/o rajaduras)	X	
Rin Trasero en buen estado y con todos sus pernos	X	
Amotriguador trasero sin fuga	X	
Hojas de resortes traseras (Que no haya hojas rotas o vencidas)	X	
UBIQUESE EN LA PARTE TRASERA	**OK**	**MALO**
Estado de Puerta Trasera	X	
Operación de la puerta	X	
Direccionales	X	
Luces de Parqueo	X	
Pito de reversa	X	
Llanta de repuesto (sin deformaciones,Verifique estado y profundidad del labrado (3mm min))	X	
Bomper trasero	X	
PARTE LATERAL IZQUIERDA	**OK**	**MALO**
Llanta Trasera (sin deformaciones,Verifique estado y profundidad del labrado (3mm min))	X	
Rin Trasero en buen estado y con todos sus pernos	X	
Hojas de resortes traseras (Que no haya hojas rotas o vencidas)	X	
Amotriguador trasero sin fuga	X	
Estado de la carroceria (estado de Pintura y puntos de corrosión)	X	
Puerta del copiloto(revise que funciones bien chapas y ventanas)	X	
Puerta del pasajero(revise que funciones bien chapas y ventanas)	X	
Espejo retrovisor	X	
Llanta delantera (Verifique labrado, que no tenga huevos y/o rajaduras)	X	
Rin delantero en buen estado y con todos sus pernos completos	X	
Amotiguador delantero sin fugas	X	
Hojas de resortes de lanteras (si aplica)	X	

SISTEMA DE FRENOS	SI	NO
Oprima el pedal del freno ¿tiene recorrido excesivo en el pedal ?		X
El pedal no retoran a su posicion inicial?		X
Desajuste o desgaste el caucho del pedal del freno		X
El liquido de freno por debajo del nivel indicado		X
Se observan fugas visible de liquido de frenos en mangueras o concexiones		X
MOTOR	**SI**	**NO**
Perdida visible de aceite (Veriqfique que no halla goteos de aceite)		X
Nivel de aceite en la varilla por debajo del optimo		X
Perdida visible del liquido refrigerante (en manguera o conexines radiador o tarro de retorno)		X
Se observan en mal estado de los clables sistema eléctrico		X
Bateria bien asegurada a su soporte		X
Bornes e la bateria sulfatados		X
Fuga visible de cumbustible en magnueras o concexiones		X
SISTEMA DE ESCAPE (EXOSTO)	**SI**	**NO**
Sistema de escape de gases se observa bien asegurado	X	
Sistema de escape se observa en buen estado	X	
Se presentan ingreso de gases al habitaculo de los pasajeros		X
EQUIPO DE CARRETERA	**SI**	**NO**
Triangulos o conos de señalización en buen estado en material reflectivo	X	
Se observa el gato en buen estado	X	
Cruceta o llave para cambiar las llantas	X	
Juego de herramientas (destornilladores y alicantes como minimo)	X	
Guantes	X	
Cables de arranque	X	
Tacos de bloqueo de ruedas	X	
Se Observa botiquin en buenas condiciones y con la dotación completa	X	
se observa extintor vigente, con carga operación y de ubicación de facil acceso	X	
Manila	X	
INTERIOR	**SI**	**NO**
Se observan en buen estado los tapetes	X	
Se Observan cinturones de Seguridad en buen estado para todos los puesto	X	
Se observan todas las sillas en buen estado y bien ancladas	X	
Se observa espejo retovisor en buen estado	X	
Aseo	X	
DOCUMENTACIÓN	**OK**	**MALO**
Licencia de conducción	X	
Soat vigente	X	
Certificado Tecnicomecanico y de gases vigente	X	
eps	X	
arp	X	
otros (describa cuales)		
otros (describa cuales)		
otros (describa cuales)		
otros (describa cuales)		

OBSERVACIONES

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACION	FECHA DE COMPROMISO DE CIERRE	NOMBRE Y FIRMA DE VERIFICACION DE CIERRE

Miguel Romero	Técnico	
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA INSPECCION	**DEPARTAMENTO**	**FIRMA DEL CONDUCTOR**

BOMBAS Y EQUIPOS
DUQUE INGENIERIA SAS
NIT 900.784.130-8

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

FECHA INSPECCIÓN: 18/03/2024 al 25/03/2024 **RESPONSABLE:** Andres Ortega

PLACAS VEHICULOS: KRH-744 **MARCA:** Chevrolet **MODELO:** 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andres Ortega **CATEGORIA:** B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Motobombas

C: Conforme NC: No Conforme NA: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES	
DOCUMENTAL								**FECHA EXPEDICIÓN**	**FECHA VENCIMIENTO**
Seguro obligatorio - SOAT	C	C	C	C	C	C	C	18/02/2024	17/02/2025
Revisión tecno mecánica	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Certificado de gases	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Pase del conductor	C	C	C	C	C	C	C	02/02/2006	02/02/2026
Tarjeta de propiedad	C	C	C	C	C	C	C	24/12/2006	
LUCES								**OBSERVACIONES**	
Estado luces delanteras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado luces traseras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de luces al interior del vehículos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces direccionales	C	C	C	C	C	C	C		
Luces de parqueo	C	C	C	C	C	C	C		
luz de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces del tablero	C	C	C	C	C	C	C		
Stop der- izq	C	C	C	C	C	C	C		
Luces altas	C	C	C	C	C	C	C		
Luces bajas	C	C	C	C	C	C	C		
LUCES								**OBSERVACIONES**	
Funcionamiento de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
nivel de liquido de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Nivel de liquido refrigerante	C	C	C	C	C	C	C		
Liquido dirección hidráulica	C	C	C	C	C	C	C		
Pito de reversa y vehículo	C	C	C	C	C	C	C		
CABINA								**OBSERVACIONES**	
Estado de las sillas	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico delantero	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico trasero	C	C	C	C	C	C	C		
Plumillas	C	C	C	C	C	C	C		
Volante	C	C	C	C	C	C	C		
Seguro de puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos retrovisores	C	C	C	C	C	C	C		
Cinturones de seguridad	C	C	C	C	C	C	C		

BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE INGENIERIA SAS
NIT 900.784.130-8

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

FECHA INSPECCIÓN: 18/03/2024 al 25/03/2024 **RESPONSABLE:** Andrés Ortega

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

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andrés Ortega **CATEGORIA:** B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Motobombas

C: Conforme **NC**: No Conforme **NA**: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES
Nivel de aceite	C	C	C	C	C	C	C	
Nivel de combustible	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza internas del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
LLANTAS								**OBSERVACIONES**
Labrado de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Presión de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Alineación de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
EQUIPO DE CARRETERA								**OBSERVACIONES**
Conos de señalización	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta de repuesto	C	C	C	C	C	C	C	
Tacos para bloquear vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Gato hidráulico	C	C	C	C	C	C	C	
Cruceta	C	C	C	C	C	C	C	
Señales de carretera (triángulos)	C	C	C	C	C	C	C	
Botiquín primeros auxilios	C	C	C	C	C	C	C	
Extintor (escribir la fecha de la ultima recarga)	C	C	C	C	C	C	C	Feb 2024
Caja de herramientas básicas	C	C	C	C	C	C	C	
Linterna	C	C	C	C	C	C	C	
PARTE EXTERNA								**OBSERVACIONES**
Estado de pintura	C	C	C	C	C	C	C	
Logos del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Estado de la placa	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza general del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	

OBSERVACIONES GENERALES:

FIRMA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN Andres Ortega

FECHA PRÓXIMA INSPECCIÓN Mayo 2024

BOMBAS Y EQUIPOS
DUQUE INGENIERIA SAS
NIT 900.784.130-8

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

FECHA INSPECCIÓN: 26/03/2024 al 02/04/2024 **RESPONSABLE:** Andres Ortega

PLACAS VEHICULOS: RBP-744 **MARCA:** Chevrolet **MODELO:** 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andres Ortega **CATEGORIA:** B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Motobombas

C: Conforme **NC**: No Conforme **NA**: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES	
DOCUMENTAL								**FECHA EXPEDICIÓN**	**FECHA VENCIMIENTO**
Seguro obligatorio - SOAT	C	C	C	C	C	C	C	18/02/2024	17/02/2025
Revisión tecno mecánica	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Certificado de gases	C	C	C	C	C	C	C	09/12/2023	09/12/2024
Pase del conductor	C	C	C	C	C	C	C	02/02/2016	02/02/2026
Tarjeta de propiedad	C	C	C	C	C	C	C	24/2/2016	
LUCES								**OBSERVACIONES**	
Estado luces delanteras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado luces traseras	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de luces al interior del vehículos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces direccionales	C	C	C	C	C	C	C		
Luces de parqueo	C	C	C	C	C	C	C		
luz de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Luces del tablero	C	C	C	C	C	C	C		
Stop der- izq	C	C	C	C	C	C	C		
Luces altas	C	C	C	C	C	C	C		
Luces bajas	C	C	C	C	C	C	C		
LUCES								**OBSERVACIONES**	
Funcionamiento de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
nivel de liquido de frenos	C	C	C	C	C	C	C		
Nivel de liquido refrigerante	C	C	C	C	C	C	C		
Liquido dirección hidráulica	C	C	C	C	C	C	C		
Pito de reversa y vehículo	C	C	C	C	C	C	C		
CABINA								**OBSERVACIONES**	
Estado de las sillas	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico delantero	C	C	C	C	C	C	C		
Vidrio panorámico trasero	C	C	C	C	C	C	C		
Plumillas	C	C	C	C	C	C	C		
Volante	C	C	C	C	C	C	C		
Seguro de puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos puertas	C	C	C	C	C	C	C		
Estado de espejos retrovisores	C	C	C	C	C	C	C		
Cinturones de seguridad	C	C	C	C	C	C	C		

BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE INGENIERIA SAS
NIT 900.784.130-8

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

FECHA INSPECCIÓN: 26/01/2024 al 02/04/2024 **RESPONSABLE:** Andres Ortega

PLACAS VEHICULOS: TCTCT-744 **MARCA:** Chevrolet **MODELO:** 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andres Ortega **CATEGORIA:** B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Motobombas

C: Conforme **NC**: No Conforme **NA**: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES
Nivel de aceite	C	C	C	C	C	C	C	
Nivel de combustible	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza internas del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
LLANTAS								**OBSERVACIONES**
Labrado de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Presión de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Alineación de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
EQUIPO DE CARRETERA								**OBSERVACIONES**
Conos de señalización	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta de repuesto	C	C	C	C	C	C	C	
Tacos para bloquear vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Gato hidráulico	C	C	C	C	C	C	C	
Cruceta	C	C	C	C	C	C	C	
Señales de carretera (triángulos)	C	C	C	C	C	C	C	
Botiquín primeros auxilios	C	C	C	C	C	C	C	
Extintor (escribir la fecha de la ultima recarga)	C	C	C	C	C	C	C	Feb 2024
Caja de herramientas básicas	C	C	C	C	C	C	C	
Linterna	C	C	C	C	C	C	C	
PARTE EXTERNA								**OBSERVACIONES**
Estado de pintura	C	C	C	C	C	C	C	
Logos del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Estado de la placa	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza general del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	

OBSERVACIONES GENERALES: _____

FIRMA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN Andres Ortega

FECHA PRÓXIMA INSPECCIÓN Mayo 2024

BOMBAS Y EQUIPOS
DUQUE INGENIERIA SAS
NIT 900.784.130-8

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

FECHA INSPECCIÓN: 03/04/2024 al 10/04/2024 **RESPONSABLE:** Andrés Ortega

PLACAS VEHICULOS: KKR-744 **MARCA:** Chevrolet **MODELO:** 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andrés Ortega **CATEGORIA:** B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Motobombas

C: Conforme **NC**: No Conforme **NA**: No Aplica

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

BOMBAS Y EQUIPOS
DUQUE INGENIERIA SAS
NIT 900.784.130-8

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

FECHA INSPECCIÓN: 03/04/2024 al 10/04/2024 **RESPONSABLE:** Andres Ortega

PLACAS VEHICULOS: XRC-744 **MARCA:** Chevrolet **MODELO:** 2012

NOMBRE DEL CONDUCTOR: Andres Ortega **CATEGORIA:** B-2

SERVICIO A PRESTAR: Mantenimiento Preventivo Motobombas

C: Conforme **NC**: No Conforme **NA**: No Aplica

ITEM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM	OBSERVACIONES
Nivel de aceite	C	C	C	C	C	C	C	
Nivel de combustible	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza internas del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
LLANTAS								**OBSERVACIONES**
Labrado de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Presión de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Alineación de las llantas	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta delantera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera izquierda	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta trasera derecha	C	C	C	C	C	C	C	
EQUIPO DE CARRETERA								**OBSERVACIONES**
Conos de señalización	C	C	C	C	C	C	C	
Llanta de repuesto	C	C	C	C	C	C	C	
Tacos para bloquear vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Gato hidráulico	C	C	C	C	C	C	C	
Cruceta	C	C	C	C	C	C	C	
Señales de carretera (triángulos)	C	C	C	C	C	C	C	
Botiquín primeros auxilios	C	C	C	C	C	C	C	
Extintor (escribir la fecha de la ultima recarga)	C	C	C	C	C	C	C	Feb 2024
Caja de herramientas básicas	C	C	C	C	C	C	C	
Linterna	C	C	C	C	C	C	C	
PARTE EXTERNA								**OBSERVACIONES**
Estado de pintura	C	C	C	C	C	C	C	
Logos del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	
Estado de la placa	C	C	C	C	C	C	C	
Limpieza general del vehículo	C	C	C	C	C	C	C	

OBSERVACIONES GENERALES: _____

FIRMA RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN Andres Ortega

FECHA PRÓXIMA INSPECCIÓN Mayo 2024

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DIARIA DE VEHÍCULO

PLACA VEHICULO	MES
WEP 338	MAR-ABR / 2024

DESCRIPCION / FECHA	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
LUCES DELANTERAS BAJA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
LUCES DELANTERAS ALTA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
LUCES TRASERAS	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
LUCES DE FRENO	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
LUCES DE CRUCE DELANTERAS	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
LUCES DE CRUCE TRASERAS	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
LUCES INTERMITENTES DELANTERAS	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
LUCES INTERMITENTES TRASERAS	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
ACEITE DE TRANSMISION	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
ACEITE DE MOTOR	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
ACEITE DE DIRECCION	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
REFRIGERANTE	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
RADIADOR	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
LIGA DE FRENO	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
INDICADOR DE COMBUSTIBLE	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
INDICADOR DE TEMPERATURA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
INDICADOR DE PRESION DE ACEITE	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
ODOMETRO(KMS)	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
HOROMETRO (HRS)	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
TACOMETRO (RPM)	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
VELOCIMETRO (KMS/HRS)	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
BOCINA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
PITO DE RETRO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ALARMA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
CEPILLOS LIMPIA PARABRISA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
CONO DE SEGURIDAD	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
GATO HIDRÁULICO	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
EXTINTOR DE SEGURIDAD	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
LLAVE DE RUEDA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
NEUMÁTICOS	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
NEUMÁTICO DE REPUESTO	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
TAPA DE COMBUSTIBLE	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
RETROVISORES	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
VIDRIO TRASERO	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
VIDRIOS LATERALES DELANTEROS	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
VIDRIOS LATERALES TRASEROS	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
DIRECCIÓN	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
SUSPENSIÓN DELANTERA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
SUSPENSIÒN TRASERA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
PINTURA CARROSERÍA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
ORDEN Y LIMPIEZA	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
BOTIQUIN	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
NIVEL DE COMBUSTIBLE	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C
ELEMENTOS DE EMERGENCIA(chaleco reflectivo, cinta de seguridad, pito, linterna)	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C	C	C	C	C	NA	C	C

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

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

MES:	CONDICIONES QUE DEBE MANTENER	DIA																														
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	29	30	31	1	2	
	Utilice un ✓ si está en buen estado y × en caso contrario																															
LLANTAS	Presión	✓							✓						✓																	
	Labrado	✓							✓						✓																	
	Tuercas completas y aseguradas	✓							✓						✓																	
FRENOS	Freno de parqueo funciona	✓							✓						✓																	
	Frenos funcionando	✓							✓						✓																	
	Líquido de frenos dentro de los límites	✓							✓						✓																	
LUCES	Enciende la luz de reversa	✓							✓						✓																	
	Encienden luces bajas	✓							✓						✓																	
	Encienden luces bajas	✓							✓						✓																	
	Encienden cocuyos	✓							✓						✓																	
	Encienden luces de freno	✓							✓						✓																	
	Encienden direccionales (adelante y atrás)	✓							✓						✓																	
INDICADORES DEL TABLERO	Nivel de combustible	✓							✓						✓																	
	Indicador de presión de aceite	✓							✓						✓																	
	Indicador nivel de batería	✓							✓						✓																	
CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO	Espejos retrovisores funcionando	✓							✓						✓																	
	Todas las puertas cierran y ajustan	✓							✓						✓																	
	Nivel de aceite del motor	✓							✓						✓																	
	Nivel del líquido de la dirección	✓							✓						✓																	
	Nivel del líquido refrigerante	✓							✓						✓																	
	Nivel del agua del limpiabrisas	✓							✓						✓																	
	Pito	✓							✓						✓																	
	Limpiabrisas funcionando	✓							✓						✓																	
	Radiador con tapa ajustada	✓							✓						✓																	
	Correa del ventilador tensionada	✓							✓						✓																	
	Batería sin residuos	✓							✓						✓																	
SILLETERÍA	Ajuste horizontal sillas delanteras	✓							✓						✓																	
	Ajuste vertical sillas delanteras	✓							✓						✓																	
	Tapizado sin roturas o manchas	✓							✓						✓																	
Firma del Conductor que hace la Inspección																																
		Semana 1								Semana 2							Semana 3							Semana 4								
Observaciones																																

ombre resposable de la inspeccion del vehicu	Martha L Ardila	**Firma del responsable del vehiculo:**	

INDENERCOL S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PRE OPERACIONAL VEHICULO	VERSIÓN: 01 FECHA: 15-ene-24

PROYECTO CONTRATO 2818-2023 MES DEL 6 AL 17 DE ABRIL 20 24

MARCA VEHICULO: TOYOTA PLACA: TFV139 MODELO: 1996

C Cumple **NC** No cumple **NA** No Aplica

ITEM DOCUMENTAL	E	F	M	A	M	J	J	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
Seguro obligatorio - SOAT				C				1/08/2023	1/08/2024
Revisión tecno mecánica				C				30/08/2023	30/08/2024
Certificado de gases				C				30/08/2023	30/08/2024
Pase del conductor				C				15/09/2016	15/09/2026
Tarjeta de propiedad				C				N/A	N/A
MOTOR	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**OBSERVACIONES**	
Agua radiador				C					
Aceite motor				C					
Filtro de aire				C					
Escape aire				C					
Tapa de válvula				C					
Correas ventilador				C					
Polea ventilador				C					
Inyector				C					
Bomba de agua				C					
Línea combustible				C					
Carter				C					
Compresor				C					
Radiador				C					
Tapa radiador				C					
CAJA DE VELOCIDADES	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**OBSERVACIONES**	
Embrague				C					
Carcaza				C					
Toma fuerza				C					
SISTEMA ELECTRICO	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**OBSERVACIONES**	
Cables batería				C					
Batería				C					
Tablero control				C					

Luces				C				
alarmas				C				
Alternador				C				
Arranque				C				
CABINA	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**OBSERVACIONES**
Espejo central convexo				C				
Espejos laterales				C				
Alarma de retroceso				C				
Pito				C				
Frenos				C				
Freno de mano				C				
Direccionales				C				
Cinturones de seguridad				C				
Panorámico frontal				C				
panorámico trasero				C				
Vidrios laterales				C				
Limpia brisas				C				
Condiciones de los asientos				C				
Puertas				C				
Pintura				C				
Cerraduras				C				
SUSPENSIÓN	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**OBSERVACIONES**
Llantas (sin cortaduras profundas, sin abultamientos o lisas)				C				
Llanta de repuesto				C				
Frenos				C				
Splinder y rodamientos				C				
Terminales dirección				C				
Muelles y amortiguadores				C				
Transmisión				C				
LUCES	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**OBSERVACIONES**
Frontales de servicio (altas y bajas)				C				
Traseras de trabajo (reflector)				C				
Direccionales delanteras de parqueo (giro)				C				
Direccionales traseras de parqueo (giro)				C				
De stop y señal trasera				C				
EQUIPO DE CARRETERA	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**OBSERVACIONES**
Gato hidráulico				C				
Tacos para bloquear				C				
Señales de carretera- Conos				C				
Cruceta				C				

Extintor				C				
Linterna				C				
Botiquín primeros auxilios				C				
Herramientas de mano				C				
Nombre conductor	Edgar Jesús Hernández							
Nombre y firma de quien inspecciona								

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

Fecha (Periodo)	12/04/2024 – 19/04/2024	Placa	XVN 828
Ubicación	Museo Nacional	Kilometraje	400056
Responsable (quien realiza la inspección)	Pablo Higuera	Último mantenimiento	12/04/2024

Seleccione la casilla correspondiente según sea el caso C: Conforme NC: No Conforme

ITEM	Día 1		2		3		4		5		6		7		OBSERVACIONES
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	
Inspección general del vehículo (estado de puertas, carrocería, ventanas, espejos retrovisores, apoya cabezas)	x														
Estado de luces (Altas, bajas, stops, reversa, parqueo): Funcionamiento de bombillas, cubierta sin rotura, leds no fundidos	X														
Direccionales delanteras y traseras: Funcionamiento adecuado, respuesta inmediata	X														
Parabrisas - Plumillas	x														
Frenos (Funcionamiento)	x														
Revisión de nivel de aceite de motor, nivel de agua de radiador, nivel de líquido de frenos, nivel de agua de limpiaparabrisas (reportar si se ven fugas)	X														
Funcionamiento del tablero (velocímetro, temperatura, nivel de combustible)	X														
Revisión de mandos (pito, acelerador, pedal de freno, embrague, frenos de seguridad, palanca de cambios, dirección)	X														
Dispositivos de seguridad (Cinturones de seguridad): estado de las partes y ajuste	X														
Estado de llantas (incluir llanta de repuesto): estado profundidad (mínima 1,6 mm), labrado y presión	X														
Documentación vigente (Licencia de transito, licencia de conducción, SOAT, revisión técnico mecánica)	X														

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

Powered by CamScanner

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

EQUIPO DE CARRETERA																
Extintor vigente.	X															
Herramienta (alicate, destornilladores, llaves de expansión y llaves fijas)	X															
Cruceta	X															
Gato	X															
2 tacos	X															
2 señales triangulares o lámparas	X															
Chaleco reflectivo	X															
Botiquín (solución Salina bolsa, jabón, gasas, curas, venda elástica, micropore rollo, apositos, sales de rehidratación oral, bajalenguas, suero fisiológico, guantes de latex, tapabocas, tijeras)	X															

NOMBRE CONDUCTOR	Pablo Higuera	CÉDULA	79454 652

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

Powered by CamScanner

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

Fecha (Periodo)	01/04/2024 – 08/04/2024	Placa	XVN 828
Ubicación	Patio de la Hoja	Kilometraje	400056
Responsable (quien realiza la inspección)	Luis Gomez	Último mantenimiento	01/04/2024

Seleccione la casilla correspondiente según sea el caso
C: Conforme NC: No Conforme

ITEM	Día 1		2		3		4		5		6		7		OBSERVACIONES
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	
Inspección general del vehículo (estado de puertas, carrocería, ventanas, espejos retrovisores, apoya cabezas)	X														
Estado de luces (Altas, bajas, stops, reversa, parqueo): Funcionamiento de bombillas, cubierta sin rotura, leds no fundidos	X														
Direccionales delanteras y traseras: Funcionamiento adecuado, respuesta inmediata	X														
Parabrisas - Plumillas	X														
Frenos (Funcionamiento)	X														
Revisión de nivel de aceite de motor, nivel de agua de radiador, nivel de líquido de frenos, nivel de agua de limpiaparabrisas (reportar si se ven fugas)	X														
Funcionamiento del tablero (velocímetro, temperatura, nivel de combustible)	X														
Revisión de mandos (pito, acelerador, pedal de freno, embrague, frenos de seguridad, palanca de cambios, dirección)	X														
Dispositivos de seguridad (Cinturones de seguridad): estado de las partes y ajuste	X														
Estado de llantas (incluir llanta de repuesto): estado profundidad (mínima 1,6 mm), labrado y presión	X														
Documentación vigente (Licencia de transito, licencia de conducción, SOAT, revisión técnico mecánica)	X														

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

Powered by CamScanner

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

EQUIPO DE CARRETERA																				
Extintor vigente	X																			
Herramienta (alicate, destornilladores, llaves de expansión y llaves fijas)	X																			
Cruceta	X																			
Gato	X																			
2 tacos	X																			
2 señales triangulares o lámparas	X																			
Chaleco reflectivo	X																			
Botiquín (solución Salina bolsa, jabón, gasas, curas, venda elástica, micropore rollo, apositos, sales de rehidratación oral, bajalenguas, suero fisiológico, guantes de latex, tapabocas, tijeras)	X																			

NOMBRE CONDUCTOR	Luis Gomez	CÉDULA	1024523705

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

Powered by CamScanner

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

Fecha (Periodo)	26/03/2024 – 02/04/2024	Placa	XVN 828
Ubicación	Museo Nacional	Kilometraje	407336
Responsable (quien realiza la inspección)	Pablo Higuera	Último mantenimiento	26/03/2024

Seleccione la casilla correspondiente según sea el caso
C: Conforme NC: No Conforme

ITEM	Día 1		2		3		4		5		6		7		OBSERVACIONES
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	
Inspección general del vehículo (estado de puertas, carrocería, ventanas, espejos retrovisores, apoya cabezas)	x		X												
Estado de luces (Altas, bajas, stops, reversa, parqueo): Funcionamiento de bombillas, cubierta sin rotura, leds no fundidos	X		X												
Direccionales delanteras y traseras: Funcionamiento adecuado, respuesta inmediata	X		X												
Parabrisas - Plumillas	x		x												
Frenos (Funcionamiento)	x		x												
Revisión de nivel de aceite de motor, nivel de agua de radiador, nivel de líquido de frenos, nivel de agua de limpiaparabrisas (reportar si se ven fugas)	X		X												
Funcionamiento del tablero (velocímetro, temperatura, nivel de combustible)	X		X												
Revisión de mandos (pito, acelerador, pedal de freno, embrague, frenos de seguridad, palanca de cambios, dirección)	X		X												
Dispositivos de seguridad (Cinturones de seguridad): estado de las partes y ajuste	X		X												
Estado de llantas (incluir llanta de repuesto): estado profundidad (mínima 1,6 mm), labrado y presión	X		X												
Documentación vigente (Licencia de tránsito, licencia de conducción, SOAT, revisión técnico mecánica)	X		X												

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

Powered by CamScanner

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

EQUIPO DE CARRETERA														
Extintor vigente	X		X											
Herramienta (alicate, destornilladores, llaves de expansión y llaves fijas)	X		X											
Cruceta	X		X											
Gato	X		X											
2 tacos	X		X											
2 señales triangulares o lámparas	X		X											
Chaleco reflectivo	X		X											
Botiquín (solución Salina bolsa, jabón, gasas, curas, venda elástica, Micropore rollo, apósitos, sales de rehidratación oral, bajalenguas, suero fisiológico, guantes de látex, tapabocas, tijeras)	X		X											

NOMBRE CONDUCTOR	Pablo Higuera Pablo H	CÉDULA	79454652

Aire Acondicionado y Automatización

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

Powered by CamScanner

	PREOPERACIONAL VEHICULO	Fecha:	1/11/2022
		Version:	2

DATOS GENERALES

Empresa	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	Serie	81BDTF660000524
Placa	SJQ055	Marca	CHEVROLET
Modelo	2006	Linea	LUV D'MAX
Cedula	1126418346	Nombre del conductor	ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA
ARL	SURA	Periodo de Inspección	DEL 18 AL 24 DE 03 DEL 2024

ITEM		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	Frontales de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Traseras de trabajo (Reflector)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Direccionales delanteras y de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Direccionales traseras y de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	De stop y señal trasera	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
CABINA	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Vidrio frontal (en buen estado)	✓		✓				✓		✓		✓		✓		
	Limpiabrisas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Pito	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Estado de mandos manuales	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Estado de pedales	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Asiento en buena condición	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Escaleras, apoyos de acceso y pasamanos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
MECÁNICO	Motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Bateria	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Filtros	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Frenos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Grapas y anclaje de chasis	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Cadena del cardam	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Acoples rapidos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Manguera para suministrar aire	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Estado general del volco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Soporte del volco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Sistema de carpado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Guarda Polvos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
LLANTAS	Delantera Derecha	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Delantera Izquierda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Traseras Derecha	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Traseras Izquierda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Repuesto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
EQUIPOS DE SEGURIDAD	Botiquin	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Extintor contra incendio (20 PQ)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Linterna	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Conos de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		
FIRMA DE TRABAJADOR:		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Mary Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
FIRMA INSPECTOR SST		Mary Fernanda		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		

María F. Merch
Profesional S

Powered by CamScanner

	PREOPERACIONAL VEHICULO	Fecha:	1/11/2022
		Version:	2

DATOS GENERALES

Empresa	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S	Serie	81BDTF660000524
Placa	SJQ055	Marca	CHEVROLET
Modelo	2006	Linea	LUV D'MAX
Cedula	1126418346	Nombre del conductor	ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA
ARL	SURA	Periodo de Inspección	DEL 25 AL 31 DE 03 DEL 2024

ITEM		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	Frontales de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Traseras de trabajo (Reflector)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Direccionales delanteras y de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Direccionales traseras y de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	De stop y señal trasera	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
CABINA	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Vidrio frontal (en buen estado)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Limpiabrisas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Pito	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Estado de mandos manuales	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Estado de pedales	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Asiento en buena condición	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Escaleras, apoyos de acceso y pasamanos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
MECÁNICO	Motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Batería	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Filtros	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Frenos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Grapas y anclaje de chasis	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Cadena del cardam	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Acoples rapidos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Manguera para suministrar aire	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Estado general del volco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Soporte del volco	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Sistema de carpado	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Guarda Polvos	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
LLANTAS	Delantera Derecha	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Delantera Izquierda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Traseras Derecha	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Traseras Izquierda	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Repuesto	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
EQUIPOS DE SEGURIDAD	Botiquin			✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Extintor contra incendio (20 PQ)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Linterna	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Conos de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		
FIRMA DE TRABAJADOR:		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		Ender		
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		
FIRMA INSPECTOR SST		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		Maria		

María F. Merchán
Profesional SST

Powered by CamScanner

	PREOPERACIONAL VEHICULO	Fecha:	1/11/2022
		Version:	2

DATOS GENERALES

Empresa	FORMAS METÁLICAS MERCHAN S.A.S.	Serie	81BDTF660000524
Placa	SJQ055	Marca	CHEVROLET
Modelo	2006	Linea	LUV D'MAX
Cedula	1126418346	Nombre del conductor	ENDER ANTONIO BERDUGO NAVA
ARL	SURA	Periodo de Inspección	DEL 01 AL 07 DE 04 DEL 2024

ITEM		LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.		OBSERVACIONES
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
LUCES	Frontales de trabajo	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Traseras de trabajo (Reflector)	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Direccionales delanteras y de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Direccionales traseras y de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	De stop y señal trasera	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
CABINA	Espejos laterales	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Vidrio frontal (en buen estado)	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Limpiabrisas	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Pito	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Alarma de retroceso	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado de mandos manuales	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado de pedales	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Asiento en buena condición	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Cinturón de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Escaleras, apoyos de acceso y pasamanos	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
MECÁNICO	Motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Bateria	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Filtros	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Control de fugas hidráulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Frenos	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Dirección	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Grapas y anclaje de chasis	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Cadena del cardam	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Acoples rapidos	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Manguera para suministrar aire	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Estado general del volco	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Soporte del volco	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Sistema de carpado	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Guarda Polvos	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
LLANTAS	Delantera Derecha	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Delantera Izquierda	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Traseras Derecha	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Traseras Izquierda	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Repuesto	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
EQUIPOS DE SEGURIDAD	Botiquin	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Extintor contra incendio (20 PQ)	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Linterna	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
	Conos de seguridad	✓		✓		✓		✓		✓		✓				
¿EL EQUIPO SE PUEDE USAR?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Vo Bo Prof. SST
NOMBRE DE TRABAJADOR:		Ender	Ender	Ender	Ender	Ender	Ender									
FIRMA DE TRABAJADOR:		Ender	Ender	Ender	Ender	Ender	Ender									
NOMBRE DE INSPECTOR SST:		Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria									
FIRMA INSPECTOR SST		Maria	Maria	Maria	Maria	Maria	Maria									

María F. Merchán
Profesional SST

Powered by CamScanner

AM&CIA S.A.S CONSTRUCTORA *Generando Innovación...*

FORMATO DE INSPECCIÓN DE KIT DE MANEJO DE DERRAME

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

PROYECTO: Transmilenio PRY No. _____ LOCALIZACION: Comuneros

CODIGO INTERNO: _____ MODELO: _____ MARCA: _____

SEMANA: DESDE 18/03/24 HASTA 17/04/24 ULTIMO MTTO. : TIPO _____ HRS _____ FECHA __/__/__

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

OBSERVACIONES:

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

ANEXO No. 09 CONCEPTOS MEDICOS

ELECTRONIKA
TECNOLOGIA DE VANGUARDIA

Bogotá, Marzo 21 del 2024

Señor:
MIGUEL ANGEL ROMERO QUINCHANEGUA
C.C: 79.494.506
CARGO: Conductor

Asunto. RESULTADO EVALUACIÓN MÉDICA DE PERIODICA Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a la evaluación médica ocupacional periódica realizada el día 17 de febrero de 2024 por la IPS OMNISALUD, el concepto emitido es APTO para realizar sus labores como CONDUCTOR.

Por tanto, me permito informar que SE GENERARON LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES por parte de la IPS.

TIPO DE RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION DE LAS RECOMENDACIONES
Medicina General	Remisión a EPS para revisión de posibles síntomas músculoesqueléticos , Nutricionista y control con Optómetra

Agradeciendo la atención prestada.

Cordialmente,

Myriam Torres Contreras
PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LICENCIA 4351/14
ESP. GERENCIA DE GESTIÓN

Myriam Torres Contreras
Líder SST

Miguel Angel Romero Quinchanegua
Conductor

COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Telefono: Email:
agendamiento@clinicosmos.com



No. ingreso	**88263**	**Fecha Impresión**	8/04/2024
Fecha Ingreso	8/04/2024 6:31	**Nombre**	SAUL HERNANDEZ MONROY
CC	19308939	**Sede**	COSMOS SUPPORT
Cargo	AUXILIAR EN MANTENIMIENTO	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	14/04/1957	**Edad**	66 años
Dirección		**Telefono**	3164689978
Estado Civil	Casado	**# Hijos**	2
Empresa a Laborar	INDENERCOL S.A.S	**Fecha Salida**	8/04/2024 8:14
Nombre Acompañante	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE		

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ENFASIS OSTEOMUSCULAR / MUSCULOESQUELETICO ENFASIS EN ALTURAS	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
VISIOMETRIA AUDIOMETRIA	NORMAL NORMAL NORMAL	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA- GLICEMIA	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OSTEOMUSCULAR SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES

Control periódico ocupacional
Hábitos nutricionales saludables
Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

OSTEOMUSCULAR: Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
VISUAL: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
ALTURAS: Capacitación y certificación de alturas.
AUDITIVO: Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

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

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

Profesional: JEISSON ALEXANDER PULIDO MONCADA
CC: 79893583
Registro médico: 9710/2005
Licencia N°: 12289

Firma del trabajador: SAUL HERNANDEZ MONROY
CC: 19308939

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2024-03-26 08:12
No. Ingreso:	338180	**Fecha y hora de salida:**	2024-03-26 10:00
Nombre:	CARLOS ARTURO RODRIGUEZ TORRES	**Empresa Convenio:**	Adrian Mafioli Y Cia Sas
Cargo:	TECNICO ELECTRICISTA	**Empresa Contratante:**	Adrian Mafioli Y Cia Sas
CC:	80009850	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Sede:	Sede 103	**Empresa en misión:**	Adrian Mafioli Y Cia Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
Vertigo Examen Medico Alturas	Realizado
Visiometria	Realizado
Examen Osteomuscular Por Fisioterapia	Realizado

Laboratorios	**Resultado**
Hemograma Iii (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Índices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Índices Plaquetarios Y Morfología Electrónica) Automatizado	Realizado
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Realizado
Perfil Lipidico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:

.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EVITAR EXPOSICION A RUIDOS >85 DECIBELES, USO DE PROTECCION AUDITIVA, EVITAR USO DE MANOS LIBRES Y AUDIFONOS.
REPOSO EXTRALABORAL AUDITIVO, CONTROLES ESTRICTOS POR OTORRINOLARINGOLOGIA EN EPS.
INGRESAR SVE AUDITIVO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Alturas - Capacitación y certificación en alturas.
- Auditiva - Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Control médico integral en programas de promoción y prevención en su EPS/ARL según grupo etáreo y de riesgo a través de la EPS / ARL.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

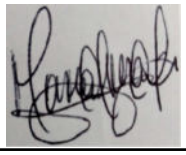
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

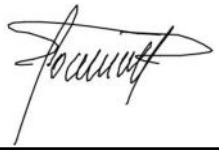
- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.
- Control de promoción y prevención en su EPS/ARL.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS



Profesional: MARIA LUISA PEREZ PIÑA
CC: 1034320081
Reg. Médico: 1034320081
Licencia Ocupacional: 8731 de 2022

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO



Paciente: CARLOS ARTURO RODRIGUEZ TORRES
CC: 80009850

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



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

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**												
Empresa Usuaria:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**						
Actividad Económica:	**INSTALACIÓN DE LOZAS DE CONCRETO**	**Fecha**	**Día**	**12**	**Mes**	**MARZO**	**Año**	**2024**					
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**QUIJANO CANASTO DANIEL ARMANDO**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**			
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.022.975.012**		**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**32**	
CARGO A DESEMPEÑAR:	**AUXILIAR DE OBRA**										**NIVEL DE ESTUDIOS**	**11**	
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**SALUD TOTAL**		**A.R.L.**	**SURA**			**A.F.P.**	**PORVENIR**				
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**			**CERTIFICACIÓN ALTURAS**	**X**				
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.**												

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

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

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

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

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

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

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y/o ESPACIOS CONFINADOS. EXTREMAR CUIDADOS AUDITIVOS: SE RECOMIENDA EL USO DE PROTECTOR AUDITIVO DE COPA, LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDO Y HACER SEGUIMIENTO SEMESTRAL.

6-FIRMAS:

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

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

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



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
CERTIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Resoluciones: 2346 de 2007, 0312 de 2019, 0491 de 2020 y 4272 de 2021

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**												
Empresa Usuaria:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**						
Actividad Económica:	**ACABADOS DE OBRA CIVIL**	**Fecha**	**Día**	**04**	**Mes**	**ABRIL**	**Año**	**2024**					
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**BOLÍVAR MONCADA GERMÁN HERNEY**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**			
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.073.236.789**		**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**33**	
CARGO A DESEMPEÑAR:	**AYUDANTE DE OBRA**										**NIVEL DE ESTUDIOS**	**11**	
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**NUEVA EPS**		**A.R.L.**	**SURA**			**A.F.P.**	**PORVENIR**				
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**			**CERTIFICACIÓN ALTURAS**	**X**				
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.**												

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

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

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

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

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

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

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

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

6-FIRMAS:

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

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

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



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

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**											
Empresa Usuaria:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**					
Actividad Económica:	**INSTALACIÓN DE DRYWALL**	**Fecha**	**Día**	**19**	**Mes**	**MARZO**	**Año**	**2024**				
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**CHIQUILLO CARABALLO LUIS ALFREDO**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0-**		
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.044.912.918**	**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**35**	
CARGO A DESEMPEÑAR:	**OFICIAL DE INSTALACIONES**								**NIVEL DE ESTUDIOS**	**11**		
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**NUEVA EPS**	**A.R.L.**	**SURA**			**A.F.P.**	**PORVENIR**				
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**		**CERTIFICACIÓN ALTURAS**	**X**				
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.**											

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

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

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

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

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

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

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

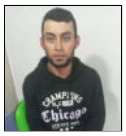
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL. CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y/o ESPACIOS CONFINADOS.

6-FIRMAS:

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

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

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



CERTIFICADO MÉDICO-LABORAL
CERTIFICACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Resoluciones: 2346 de 2007, 0312 de 2019, 0491 de 2020 y 4272 de 2021

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**												
Empresa Usuaria:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**						
Actividad Económica:	**ACABADOS DE OBRA CIVIL**	**Fecha**	**Día**	**09**	**Mes**	**ABRIL**	**Año**	**2024**					
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**PEDROZA CALVO MIGUEL ÁNGEL**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**			
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.073.516.042**	**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**29**		
CARGO A DESEMPEÑAR:	**OFICIAL DE OBRA**								**NIVEL DE ESTUDIOS**	**11**			
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**NUEVA EPS**	**A.R.L.**	**SURA**		**A.F.P.**	**PORVENIR**						
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**		**CERTIFICACIÓN ALTURAS**	**X**					
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.**												

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

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

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

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

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	**NO**	**SI**	**CONDICIONES O INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA LIMITAR EL DAÑO**
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS		**X**	**CAPACITAR EN EL USO, DOTAR Y USAR ELEMENTOS E IMPLEMENTOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS y ESPACIOS CONFINADOS.**

VISUAL		**X**	**USAR PROTECTOR VISUAL**	NO		SI	**X**	**DEBE USAR LENTES CORRECTIVOS**	NO		SI	**X**	
CARDIOVASCULAR	**X**		**RECOMENDACIONES DIETARIAS**	NO	**X**	SI		**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	**X**	SI		
AUDITIVO		**X**	**PROTECTOR AUDITIVO PERMANENTE**	NO		SI	**X**	**LIMITAR EXPOSICIÓN A RUIDOS**	NO	**X**	SI		
ERGONÓMICO		**X**	**HACER PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA**	NO		SI	**X**	**LIMITAR MOVIMIENTOS REPETITIVOS**	NO	**X**	SI		
RESPIRATORIO		**X**	**USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA**	NO		SI	**X**	**MEDIDAS ADICIONALES: SEGUIMIENTO O REMISIÓN**	NO	**X**	SI		
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		**X**	**CAPACITAR EN MEDIDAS DE AUTOCUIDADO**	NO		SI	**X**	**MEDIDAS ADICIONALES: REMISIÓN**	NO	**X**	SI		
RIESGO PSICO-SOCIAL		**X**	**HACER SEGUIMIENTO ESPECIAL**	NO	**X**	SI		**MEDIDAS ADICIONALES**	NO	**X**	SI		
RIESGO BIOLÓGICO		**X**	**VERIFICAR INMUNIZACIÓN ANTI-TETÁNICA**	NO		SI	**X**	**INMUNIZACIONES ADICIONALES**	NO	**X**	SI		

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

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

6-FIRMAS:

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

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

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



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

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**FMI INSTALACIONES S.A.S.**											
Empresa Usuaria:	**FMI INSTALACIONES S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**					
Actividad Económica:	**ACABADOS DE OBRA CIVIL**	**Fecha**	**Día**	**04**	**Mes**	**ABRIL**	**Año**	**2024**				
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**RINCÓN JAIME VÍCTOR ALFONSO**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**		
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.049.825.219**	**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**38**	
CARGO A DESEMPEÑAR:	**OFICIAL DE INSTALACIÓN**								**NIVEL DE ESTUDIOS**	**TC**		
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**COMPENSAR**	**A.R.L.**	**SURA**		**A.F.P.**	**PORVENIR**					
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**		**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**		**CERTIFICACIÓN ALTURAS**	**X**				
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.**											

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

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

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

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

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

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

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

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

6-FIRMAS:

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

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

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



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

1-DATOS IDENTIFICACIÓN:

EMPRESA CONTRATANTE:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**												
Empresa Usuaria:	**MFI INSTALACIONES S.A.S.**			**Ciudad**	**BOGOTÁ**	**Departamento**	**BOGOTÁ D.C.**						
Actividad Económica:	**ACABADOS DE OBRA CIVIL**	**Fecha**	**Día**	**04**	**Mes**	**ABRIL**	**Año**	**2024**					
APELLIDOS Y NOMBRES USUARIO:	**RUBIANO BRICEÑO YOU JONTER**								**HEMOCLASIFICACIÓN**	**0+**			
DOCUMENTO:	**C.C.**	**1.070.781.128**		**Género**	**MASCULINO**	**X**	**FEMENINO**		**INDETERMINADO**		**Edad (años)**	**32**	
CARGO A DESEMPEÑAR:	**AYUDANTE DE OBRA**										**NIVEL DE ESTUDIOS**	**11**	
SEGURIDAD SOCIAL	**E.P.S.**	**FAMISANAR**		**A.R.L.**	**SURA**			**A.F.P.**	**PORVENIR**				
TIPO EXAMEN:	**PRE-OCUPACIONAL**	**X**	**PERIODICO**		**ESPECIAL (¿Cuál?)**			**CERTIFICACIÓN ALTURAS**	**X**				
FINALIDAD:	**DETERMINAR EL ESTADO DE SALUD DEL TRABAJADOR (RESOLUCIÓN 2346 de 2007) Y CERTIFICAR APTITUD FÍSICA Y MENTAL PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS.**												

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

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

3-CONCEPTO MÉDICO-LABORAL:

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

4-ACCIONES EN SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO:

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

5-RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

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

6-FIRMAS:

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

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA., IPS DE EFICIENCIA OCUPACIONAL, IDENTIFICADA CON NIT. 9003807570, REPRESENTADA LEGALMENTE POR JUAN DANTE NEIRA ACEVEDO, IDENTIFICADO CON CC. 5.581.915, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL, Y EN TODOS LOS DOCUMENTOS ANEXOS A LA MISMA, SERÁN MANEJADOS CON ABSOLUTA Y TOTAL CONFIDENCIALIDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN DICHOS DOCUMENTOS Y LAS BASES DE DATOS DERIVADAS, QUE CON FINES LEGALES Y DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS SE DEBEN REALIZAR, SERÁN DEBIDAMENTE CUSTODIADOS Y MANTENIDOS EN ARCHIVOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS DEBIDAMENTE PROTEGIDOS, CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LA LEY ESTATURIA 1581 DE 2012, REGLAMENTADA PARCIALMENTE POR EL DECRETO NACIONAL 1377 DE 2013. AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO HABER SIDO INFORMADO Y AUTORIZO A EFI CIENCIA OCUPACIONAL LTDA. PARA MANENTER LA INFORMACIÓN EN SUS BASES DE DATOS. El presente CERTIFICADO se expide con fines exclusivos del Programa de Salud Ocupacional de la Empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCION 2346 de Julio de 2007, se respeta la Confidencialidad de la Historia Clínica, y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
NIT. 901045839-4
Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-
Av. Cra 68 No 45-21 Zona Industrial
Linea telefónica 321-480-51-18 de 2pm a 4 pm
medlabeltrebol@gmail.com
confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com
resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022

FECHA DE EXAMENES: 16 DE MARZO DE 2024

CONCEPTO OCUPACIONAL			
POST INCAPACIDAD		INGRESO	X
ENFASIS CARDIOVASCULAR		EGRESO	
ESPACIOS CONFINADOS	X	PERIODICO	
PREOCUPACIONAL		REINTEGRO	
ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR		ALTURAS	X

DATOS DEL PACIENTE			
FECHA DE NACIMIENTO: 06 DE SEPTIEMBRE DE 1993			
NOMBRE: ANDRES CAMILO CONTRERAS SORIANO		EDAD: 31 AÑOS	RH: O+
IDENTIFICACION: 1013643132	EPS: COMPENSAR	ARL: SURAMERICANA	
EMPRESA: R-D ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	NIT: 900970403-0	CARGO: ASISTENTE LOGISTICO	



ANTECEDENTES LABORALES:

ENFERMEDAD PROFESIONAL:

ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES FAMILIARES
HOSPITALARIOS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA PSIQUIATRICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA OFTALMOLOGICOS: NIEGA OTROS: NIEGA	DIABETES: NIEGA HTA: NIEGA HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA CANCER: NIEGA ASMA: NIEGA OTROS: NIEGA
PARACLINICO	**EXAMEN FISICO**
AUDIOMETRIA: NORMAL OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO CONSERVADOS OPTOMETRIA: NORMAL PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS DERMATOLOGIA: SIN LESIONES PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL ESPIROMETRIA: NORMAL	TA: 116/74 mmHg FC: 75 min FR: 22 min ESTATURA: 1.77 CMS PESO: 72 KG T°: 37.1 OXIMETRIA: 95%

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL					
APTO PARA EL CARGO	SI		APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	
RESTRINGIDO		NO	REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES		NO
CONDICIONAL		NO	SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL		NO
APLAZADO		NO	APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI	

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD Especialista en seguridad y salud en el trabajo
Universidad de Manizales

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.

MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
NIT. 901045839-4
Segun resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-
Av. Cra 68 No 43-21 Zona industrial
Linea telefónica 321-489-51-18 de 2pm a 4 pm
medilabeltrebol@gmail.com
confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com
resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022

FECHA DE EXAMENES: 16 DE ENERO DE 2024

CONCEPTO OCUPACIONAL			
POST INCAPACIDAD		INGRESO	X
ENFASIS CARDIOVASCULAR		EGRESO	
ESPACIOS CONFINADOS	X	PERIODICO	
PRE-OCUPACIONAL		REINTEGRO	
ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR		ALTURAS	X

DATOS DEL PACIENTE			
FECHA DE NACIMIENTO: 23 DE JULIO DE 2002			
NOMBRE: ANGEL JOSE ANDRES BALLESTEROS CORTES		EDAD: 22 AÑOS	RH: O+
IDENTIFICACION: 1001091736	EPS: FAMISANAR	ARL: SURAMERICANA	
EMPRESA: R D ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	NIT: 900970403-0	CARGO: AYUDANTE DE MANTENIMIENTO	



ANTECEDENTES LABORALES: **ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES FAMILIARES
HOSPITALARIOS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA PSIQUIATRICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA OFTALMOLOGICOS: NIEGA OTROS: NIEGA	DIABETES: NIEGA HTA: NIEGA HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA CANCER: NIEGA ASMA: NIEGA OTROS: NIEGA
PARACLINICO	**EXAMEN FISICO**
AUDIOMETRIA: NORMAL OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO CONSERVADOS OPTOMETRIA: NORMAL PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS DERMATOLOGIA: SIN LESIONES PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL ESPIROMETRIA: NORMAL	T.A: 120/80 mmHg FC: 75 min FR: 18 min ESTATURA: 1.70 CMS PESO: 60 KG T°: 36.8 OXIMETRIA: 96%

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL					
APTO PARA EL CARGO	SI		APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	
RESTRINGIDO		NO	REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES		NO
CONDICIONAL		NO	SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL		NO
APLAZADO		NO	APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI	

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov-2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 segun circular 030 del 2020.

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL TRABAJADOR EVALUADO

Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.

MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
NIT. 901045839-4
Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-
Av. Cra 68 No 43-21 Zona Industrial
Linea telefónica 321-480-51-18 de 2pm a 4 pm
medlabeltrebol@gmail.com
confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com '
resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022

FECHA DE EXAMENES: 16 DE ENERO DE 2024

CONCEPTO OCUPACIONAL			
POST INCAPACIDAD		INGRESO	X
ENFASIS CARDIOVASCULAR		EGRESO	
ESPACIOS CONFINADOS	X	PERIODICO	
PRE-OCUPACIONAL		REINTEGRO	
ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR		ALTURAS	X

DATOS DEL PACIENTE			
FECHA DE NACIMIENTO: 06 DE DICIEMBRE DE 1986			
NOMBRE: CAMILO ANDRES BALLESTEROS CORTES		EDAD: 38 AÑOS	RH: O+
IDENTIFICACION: 1019011607	EPS: FAMISANAR	ARL: SURAMERICANA	
EMPRESA: R-D ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	NIT: 900970403-0	CARGO: AUXILIAR DE MANTENIMIENTO	



ANTECEDENTES LABORALES:

ENFERMEDAD PROFESIONAL:

ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES FAMILIARES
HOSPITALARIOS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA PSIQUIATRICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA OFTALMOLOGICOS: NIEGA OTROS: NIEGA	DIABETES: NIEGA HTA: NIEGA HIPO-HIPER. TIROIDISMO: NIEGA CANCER: NIEGA ASMA: NIEGA OTROS: NIEGA

PARACLINICO	EXAMEN FISICO
AUDIOMETRIA: NORMAL OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO CONSERVADOS OPTOMETRIA: NORMAL PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS DERMATOLOGIA: SIN LESIONES PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL ESPIROMETRIA: NORMAL	TA: 116/74 mmHg FC: 75 min FR: 22 min ESTATURA: 1.68 CMS PESO: 69 KG T°: 37.2 OXIMETRIA: 95%

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL					
APTO PARA EL CARGO	SI		APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	
RESTRINGIDO		NO	REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES		NO
CONDICIONAL		NO	SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL		NO
APLAZADO		NO	APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI	

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov-2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.

MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
NIT. 901045839-4
Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-
Av. Cra 68 No 45-21 Zona industrial
Línea telefónica 321-480-51-18 de 2pm a 4 pm
medilabeltrebol@gmail.com
confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com
resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022

FECHA DE EXAMENES: 16 DE ENERO DE 2024

CONCEPTO OCUPACIONAL			
POST INCAPACIDAD		INGRESO	X
ENFASIS CARDIOVASCULAR		EGRESO	
ESPACIOS CONFINADOS	X	PERIODICO	
PRE-OCUPACIONAL		REINTEGRO	
ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR		ALTURAS	X

DATOS DEL PACIENTE			
FECHA DE NACIMIENTO: 20 DE SEPTIEMBRE DE 1991			
NOMBRE: DAIRO ANDRES RIVERA HERNANDEZ		EDAD: 33 AÑOS	RH: O+
IDENTIFICACION: 1013625835	EPS: SALUD TOTAL	ARL: SURAMERICANA	
EMPRESA: DAIRO ANDRES RIVERA HERNANDEZ	NIT: 1013625835	CARGO: COORDINADOR SST	



ANTECEDENTES LABORALES: **ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES FAMILIARES
HOSPITALARIOS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA PSIQUIATRICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA OFTALMOLOGICOS: NIEGA OTROS: NIEGA	DIABETES: NIEGA HTA: NIEGA HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA CANCER: NIEGA ASMA: NIEGA OTROS: NIEGA
PARACLINICO	**EXAMEN FISICO**
AUDIOMETRIA: NORMAL OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO CONSERVADOS OPTOMETRIA: NORMAL PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS DERMATOLOGIA: SIN LESIONES PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL ESPIROMETRIA: NORMAL	T/A: 115/76 mmHg FC: 70 min FR: 22 min ESTATURA: 1.77 CMS PESO: 65 KG T°: 36.8 OXIMETRIA: 96%

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL					
APTO PARA EL CARGO	SI		APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	
RESTRINGIDO		NO	REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES		NO
CONDICIONAL		NO	SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL		NO
APLAZADO		NO	APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	SI	

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
REG.80589567
Especialista en seguridad y salud en el trabajo
Universidad de Manizales

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Dairo Andres Rivera Hernandez

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.

MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO
NIT. 901045839-4
Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-
Av. Cra 68 No 45-21 Zona Industrial
Línea telefónica 321-480-51-18 de 2pm a 4 pm
medilabeltrebol@gmail.com
confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com
resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022

FECHA DE EXAMENES: 16 DE ENERO DE 2024

CONCEPTO OCUPACIONAL			
POST INCAPACIDAD		INGRESO	X
ENFASIS CARDIOVASCULAR		EGRESO	
ESPACIOS CONFINADOS		PERIODICO	
PRE-OCUPACIONAL		REINTEGRO	
ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR		ALTURAS	X

DATOS DEL PACIENTE			
FECHA DE NACIMIENTO: 30 DE NOVIEMBRE DE 1983			
NOMBRE: DAVID JOSE BALLESTEROS CORTES		EDAD: 40 AÑOS	RH: O+
IDENTIFICACION: 80759773	EPS: SANITAS	ARL: SURAMERICANA	
EMPRESA: R-D ARQUITECTURA E INGENIERIA S.A.S	NIT: 900910405-0	CARGO: OFICIAL DE MANTENIMIENTO	



ANTECEDENTES LABORALES:

ENFERMEDAD PROFESIONAL:

ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES FAMILIARES
HOSPITALARIOS: NIEGA QUIRURGICOS: NIEGA PSIQUIATRICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA OFTALMOLOGICOS: NIEGA OTROS: NIEGA	DIABETES: NIEGA HTA: NIEGA HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA CANCER: NIEGA ASMA: NIEGA OTROS: NIEGA
PARACLINICO	**EXAMEN FISICO**
AUDIOMETRIA: NORMAL OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO CONSERVADOS OPTOMETRIA: NORMAL PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS DERMATOLOGIA: SIN LESIONES PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL ESPIROMETRIA: NORMAL	TA: 116/74 mmHg FC: 75 min FR: 22 min ESTATURA: 1.70 CMS PESO: 94 KG T°: 36.9 OXIMETRIA: 96%

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL					
APTO PARA EL CARGO	SI		APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	
RESTRINGIDO		NO	REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES		NO
CONDICIONAL		NO	SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL		NO
APLAZADO		NO	APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS		NO

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral. seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional. hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

ALEXANDER NARVAEZ PAREZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.

GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD SAS
NIT 901.577.598-7
AK 19 #39-31 OF. 102
6017047404 – 3053711323
serviciosysaludsas@gmail.com

Lugar y fecha de emisión:
BOGOTA, martes, 23 de enero de 2024 10:15:31

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL SG-SST

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL	SARMIENTO DESIGN SAS
CARGO	INSTALADOR
EXAMEN REALIZADO	INGRESO CON ENFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS
DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRES Y APELLIDOS	ANDRES MAURICIO ESPEJO YATE
IDENTIFICACION	CC 1.018.463.886
EDAD	30 AÑOS, 2 MESES Y 29 DÍAS
TELEFONO	3138004923



GENERO: MASCULINO

GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD S.A.S., certifica que el trabajador remitido por Ustedes, presentó los exámenes médicos y paraclínicos ocupacionales sobre los cuales hacemos las siguientes sugerencias y/o restricciones:

EXAMENES PARACLINICOS: Pruebas de laboratorio (según profesiograma), Visiometría, Audiometría
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR
CONCEPTO MEDICO LABORAL: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RECOMENDACIONES
- MEDICAS: Examen médico periódico
- OCUPACIONALES: Higiene postural, Realizar pausas activas, Manejo adecuado de cargas
- ESTILO DE VIDA: Adecuado regimen nutricional y ejercicio, Hábitos y estilo de vida saludable

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: NO

OBSERVACIONES: CONTROL PERIÓDICO
RESTRICCIONES LABORALES: NINGUNA

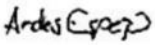
Firma medico ocupacional



Huella dactilar del trabajador



Firma del trabajador



QR del certificado

Dr(a). MARINA HERRERA BENITEZ CC No. 33.140.388 - MEDICINA OCUPACIONAL - R.M. LIC SST 7762/2021

Powered by CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD SAS
NIT 901.577.598-7
AK 19 #39-31 OF. 102
6017047404 – 3053711323
serviciosysaludsas@gmail.com

Lugar y fecha de emisión:
BOGOTA, miércoles, 24 de enero de 2024 15:19:32

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL SG-SST

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL	SARMIENTO DESIGN SAS
CARGO	INSTALADOR
EXAMEN REALIZADO	INGRESO
DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRES Y APELLIDOS	GUSTAVO ANDRES MONROY SARMIENTO
IDENTIFICACION	CC 1.018.514.939
EDAD	24 AÑOS, 2 MESES Y 15 DÍAS
TELEFONO	3114998194



GENERO: MASCULINO

GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD S.A.S., certifica que el trabajador remitido por Ustedes, presentó los exámenes médicos y paraclínicos ocupacionales sobre los cuales hacemos las siguientes sugerencias y/o restricciones:

EXAMENES PARACLINICOS:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR
CONCEPTO MEDICO LABORAL: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RECOMENDACIONES
- MEDICAS: Examen médico periódico
- OCUPACIONALES: Higiene postural, Realizar pausas activas, Manejo adecuado de cargas
- ESTILO DE VIDA: Hábitos y estilo de vida saludable

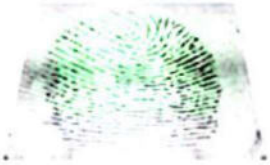
INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: NO

OBSERVACIONES: CONTROL PERIODICO
RESTRICCIONES LABORALES: NINGUNA

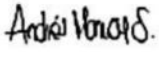
Firma medico ocupacional



Huella dactilar del trabajador



Firma del trabajador



QR del certificado

Dr(a). MARINA HERRERA BENITEZ CC No. 33.140.388 - MEDICINA OCUPACIONAL - R.M. LIC SST 7762/2021

Powered by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional
Régimen: RÉGIMEN
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000464868

CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: SARMIENTO DESIGN SAS FECHA 23/01/2024 13:51:19

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

NOMBRE Y APELLIDO: EDWIN ALEJANDRO OSORIO CASTRO C.C 1095797786

EDAD 35 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR INSTALADOR

EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

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

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Edwin Osorio
FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Anderson Y. Gomez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.795.995
FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Calle 27 Sur No.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD SAS
NIT 901.577.598-7
AK 19 #39-31 OF. 102
6017047404 – 3053711323
serviciosysaludsas@gmail.com

Lugar y fecha de emisión:
BOGOTA, lunes, 22 de enero de 2024 07:47:33

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL SG-SST

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL	SARMIENTO DESIGN SAS
CARGO	INSTALADOR
EXAMEN REALIZADO	INGRESO CON ENFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS
DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRES Y APELLIDOS	JONATHAN FRANCISCO MATEUS CASTAÑEDA
IDENTIFICACION	CC 1.032.470.708
EDAD	28 AÑOS, 11 MESES Y 4 DÍAS
TELEFONO	3114648930



GENERO: MASCULINO

GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD S.A.S., certifica que el trabajador remitido por Ustedes, presentó los exámenes médicos y paraclínicos ocupacionales sobre los cuales hacemos las siguientes sugerencias y/o restricciones:

EXAMENES PARACLINICOS: Pruebas de laboratorio (según profesiograma), Visiometría, Audiometría
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR
CONCEPTO MEDICO LABORAL: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RECOMENDACIONES
- MEDICAS: Examen médico periódico
- OCUPACIONALES: Uso de elementos de protección personal, Higiene postural, Realizar pausas activas, Manejo adecuado de cargas
- ESTILO DE VIDA: Hábitos y estilo de vida saludable

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: NO

OBSERVACIONES: CONTROL PERIODICO
RESTRICCIONES LABORALES: NINGUNA

Firma medico ocupacional



Huella dactilar del trabajador



Firma del trabajador



QR del certificado

Dr(a). MARINA HERRERA BENITEZ CC No. 33.140.388 - MEDICINA OCUPACIONAL - R.M. LIC SST 7762/2021

Powered by CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD SAS
NIT 901.577.598-7
AK 19 #39-31 OF. 102
6017047404 – 3053711323
serviciosysaludsas@gmail.com

Lugar y fecha de emisión:
BOGOTA, miércoles, 24 de enero de 2024 15:02:11

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL SG-SST

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL	SARMIENTO DESIGN SAS
CARGO	GERENTE
EXAMEN REALIZADO	INGRESO
DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRES Y APELLIDOS	AIDA MARITZA SARMIENTO VARGAS
IDENTIFICACION	CC 52.531.950
EDAD	45 AÑOS, 2 MESES Y 14 DÍAS
TELEFONO	31231466118



GENERO: FEMENINO

GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD S.A.S., certifica que el trabajador remitido por Ustedes, presentó los exámenes médicos y paraclínicos ocupacionales sobre los cuales hacemos las siguientes sugerencias y/o restricciones:

EXAMENES PARACLINICOS:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR
CONCEPTO MEDICO LABORAL: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RECOMENDACIONES
- MEDICAS: Examen médico periódico
- OCUPACIONALES: Higiene postural, Realizar pausas activas, Manejo adecuado de cargas
- ESTILO DE VIDA: Hábitos y estilo de vida saludable

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: NO

OBSERVACIONES: CONTROL PERIODICO
RESTRICCIONES LABORALES: NINGUNA

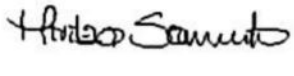
Firma medico ocupacional



Huella dactilar del trabajador



Firma del trabajador



QR del certificado

Dr(a). MARINA HERRERA BENITEZ CC No. 33.140.388 - MEDICINA OCUPACIONAL - R.M. LIC SST 7762/2021

Powered by CamScanner

ANEXO No. 10 CONDICIONES DE SALUD

	R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CODIGO	RMD-FT-SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSION	1
	AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	FECHA	22-jul-22

CIUDAD: Bogotá FECHA: DD 03 MM 2022

DATOS DEL TRABAJADOR

Contreras	Serrano	Andrés Camilo	1033643137

SEXO: F ☐ M ☒ EDAD: 32 ESTADO CIVIL: Casado ☐ Soltero ☒ U. Libre ☐ Separado ☐

EPS: N/A ARL:

CARGO: DEPENDENCIA:

¿Qué equipos opera?

Bastón, Escuadra, regla.

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o está en tratamiento médico? Explique

Rinitis alergánica

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

Obstrucción Nasal

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

No

¿Considera que tiene alguna relación este síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

No

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☒ Porqué?

¿Cuantos días de incapacidad médica?

0

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Nada

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

No considero

DECLARACION DE VERACIDAD DE LA INFORMACION

TRABAJADOR	COORD.SST
CC 1033643137	CC
ELABORADO POR:	**APROBADO POR:**
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SGSST	Director General

	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	FT-SST-104 FECHA:22 enero 2019 Version: 001

NOMBRE: ANDRES ESPEJO **CC:** 1018463886

EDAD: 30 **CARGO:** INSTALADOR **FECHA:** 13-01-2024

TAREA DE ALTO RIESGO A REALIZAR: NINGUNA.

ANTECEDENTES	SI	NO
• Hipertension arterial no controlada		X
• Enfermedad respiratoria(Asma,Bronquitis,Enfisema)		X
• Daltonismo (Adecuada discriminacion de colores)		X
• Trastornos Psiquiatricos		X
• Diabetes o Hipoglicemia NO controladas		X
• Anemia		X
• Claustrofobia		X
• Fobia a las alturas		X
• Anosmia (Incapacidad para persibir olores)		X
• Enfermedad Neurologica (Convulsiones,Vertigo, Epilepsia) y/o ACV (Accidente Cerebro Vascular)		X
• Trastorno de la piel		X
• Trastorno de la salud relacionado con calor (Golpe,Simcope,Calambres)		X

	13/01/2024		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
CONDICIONES DE SALUD ACTUAL	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
• Trastorno Osteomuscular Activo		X												
• Trastornos del equilibrio (Mareo,Vertigo)		X												
• Trastornos del sueño		X												
• Trastorno auditivo		X												
• Enfermedad Diarreica		X												
• Trastorno visual		X												
• Trastorno respiraorio		X												
• Vomito		X												
• Consumo de medicamentos que afecten los organos de los sentidos, capacidad de reaccion, o funcion neuromuscular.		X												
• Consumo de alcohol y/o drogas Psicoactivas hasta 24 horas antes		X												

Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desepeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

Andres Espejo

Firma del trabajador

***NOTA:** Cualquier condición marcada como **SI**, requiere VoBo de Seguridad y Salud en el Trabajo para autorizar la actividad.*

Powered by CamScanner

	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	FT-SST-104 FECHA:22 enero 2019 Version: 001

NOMBRE:_____**ANDRES MONROY**_____ **CC:**____**1018514939**_____

EDAD: _____**24**_____ **CARGO:** _**INSTALADOR**_____ **FECHA:**_**13-01-2024**_____

TAREA DE ALTO RIESGO A REALIZAR: ____**INSPECCION DE EQUIPOS, PUNTOS DE ACCESO.**_____

ANTECEDENTES	**SI**	**NO**
• Hipertension arterial no controlada		X
• Enfermedad respiratoria(Asma,Bronquitis,Enfisema)		X
• Daltonismo (Adecuada discriminacion de colores)		X
• Trastornos Psiquiatricos		X
• Diabetes o Hipoglicemia NO controladas		X
• Anemia		X
• Claustrofobia		X
• Fobia a las alturas		X
• Anosmia (Incapacidad para persibir olores)		X
• Enfermedad Neurologica (Convulsiones,Vertigo, Epilepsia) y/o ACV (Accidente Cerebro Vascular)		X
• Trastorno de la piel		X
• Trastorno de la salud relacionado con calor (Golpe,Simcope,Calambres)		X

	13/01/2024		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
CONDICIONES DE SALUD ACTUAL	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**
• Trastorno Osteomuscular Activo		X												
• Trastornos del equilibrio (Mareo,Vertigo)		X												
• Trastornos del sueño		X												
• Trastorno auditivo		X												
• Enfermedad Diarreica		X												
• Trastorno visual		X												
• Trastorno respiraorio		X												
• Vomito		X												
• Consumo de medicamentos que afecten los organos de los sentidos, capacidad de reaccion, o funcion neuromuscular.		X												
• Consumo de alcohol y/o drogas Psicoactivas hasta 24 horas antes		X												

Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desepeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

Andres Manuel Sanabria

Firma del trabajador

NOTA: *Cualquier condición marcada como* ***SI****, requiere VoBo de Seguridad y Salud en el Trabajo para autorizar la actividad.*

Powered by CamScanner

	R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	CODIGO VERSION FECHA	RMD-FT-ANT-001 1 22 jul 22

CIUDAD: Bogotá — FECHA 16/ 09/ 2024

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Rivera	Alvarez	Diego	Andres

SEXO: F ☐ M ☑ EDAD 32 ESTADO CIVIL: Casado ☐ Soltero ☐ U. Libre ☑ Separado ☐

EPS: Sanitas NEPS Pensionado ARL: Positiva

CARGO: Coord. SST DEPENDENCIA: REP. NAL

¿Qué equipos opera?
Computador, celular, camara, documentos

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento medico? Explique
Dermatitis alergenica y Rinitis alergenica leve —

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de duración
Picazon en piel y disnea en garganta y pulmones.

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique
No —

¿Considera que tiene alguna relación este síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique
No —

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? SI ☑ NO ☐ Porqué? Disnea cronica —
SI —

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? SI ☐ NO ☑ Porqué?
No —

¿Cuantos días de incapacidad médica?
0. —

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?
Dibujar; leer; viajar a pueblos, conocer lugares —

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

Uso de tapabocas N-95; Uso de guantes antifluidos para aplicar quimicos; Alimentarse cada 4 Horas; consumo de agua —

DECLARACION DE VERACIDAD DE LA INFORMACION

TRABAJADOR	Andres Rivera	COORD.SST	Andres Rivera
CC	1013622835	CC	1013622835.

ELABORADO POR:	APROBADO POR:
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SGSST	Director General

	R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CODIGO	RMD-FT-SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSION	1
	AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	FECHA	22-jul-22

CIUDAD: Bogota FECHA: 16 Ago 2024

DATOS DEL TRABAJADOR

Ballesteros	Cortes	Angel	Jose Andres

SEXO: F ☐ M ☑ EDAD: 22 ESTADO CIVIL: Casado ☐ Soltero ☐ U. Libre ☑ Separado ☐

EPS: Famisanar AFP: Colpensiones ARL: Sura

CARGO: Auxiliar mtto DEPENDENCIA: Logistica

¿Qué equipos opera?

Pulidora; taladro; Sierra circular; bisturi; brahsivadillos

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

No

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

Ninguna

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

No

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

No

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☑ Porqué?

No

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☑ Porqué?

No

¿Cuantos días de incapacidad médica?

0

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

Salir a Pasear; Bailar

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

DECLARACION DE VERACIDAD DE LA INFORMACION

TRABAJADOR	Angel Ballesteros	COORD.SST	Andres Rivera
CC	1000609736	CC	1013623835

ELABORADO POR:	APROBADO POR:
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SGSST	Director General

	R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CODIGO	RMD-FT-SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSION	1
	AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	FECHA	22-jul-22

CIUDAD: Bogota FECHA 16 Feb 2024

DATOS DEL TRABAJADOR

Ballesteros	Cortes	Camilo	Andres

SEXO F ☐ M ☑ EDAD 38 ESTADO CIVIL Casado ☐ Soltero ☐ U. Libre ☑ Separado ☐

EPS Famisanar AFP Porvenir ARL Sura

CARGO Auxiliar mtto DEPENDENCIA Logistica.

¿Qué equipos opera?
Pulidora, Taladro, Sierra de disco, Bisturi, brocas, Rodillos.

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique
No—

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución
Ninguna—

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique
No—

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique
No—

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☑ Porqué?
No—

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☑ Porqué?
No—

¿Cuantos días de incapacidad médica?
0—

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?
Pasear y Jugar Futbol.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

DECLARACION DE VERACIDAD DE LA INFORMACION

TRABAJADOR	Camilo Ballesteros	COORD.SST	Andres Rivera
CC	1019014607	CC	1013623955.

ELABORADO POR:	APROBADO POR:
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SGSST	Director General

DECLARACIÓN DE SALUD

Formato Declaración del Estado de Salud

- **CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA**

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

TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELIIDO	NOMBRES
COTIZANTE	1022975012	QUIJANO	CANASTO	DANIEL ARMANDO
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				

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

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

No.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
		C	CO	1	2	3	4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)	NO						
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?	NO						
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?	N/A						
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	NO						
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión o presión arteriales alta?	NO						
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?	NO						
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?	NO						
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?	NO						
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?	NO						
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?	NO						
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?	NO						
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?	NO						
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?	NO						
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?	NO						
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?	NO						
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?	NO						
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?	NO						
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?	NO						
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?	NO						
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?	NO						
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?	NO						
22	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?	NO						
23	¿Cuál es su peso?	70						
24	¿Cuál es su estatura?	1.64						
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?	NO						
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?	SI						

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

Daniel A. Quijano C.

FIRMA DE COTIZANTE

1022975012

CEDULA

	R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CODIGO	RMD-FT-SST-001
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSION	1
	AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	FECHA	22-04-22

CIUDAD: | FECHA: / /

DATOS DEL TRABAJADOR

Ballesteros	Carlos	David	Jose

SEXO: F ☐ M ☑ EDAD: 41 ESTADO CIVIL: Casado ☐ Soltero ☐ U. Libre ☑ Separado ☐

EPS: Sanitas AFP: Protección ARL: Sura

CARGO: Oficial mto DEPENDENCIA: Logistica

¿Qué equipos opera?
Taladro; pulidora; sierra circular; bisturi; rana dradora.

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique
No —

Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución
Ninguno —

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique
No —

¿Considera que tiene alguna relación ésta síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique
No —

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si ☐ No ☑ Porqué?
No —

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si ☐ No ☑ Porqué?
No —

¿Cuantos días de incapacidad médica?
0 —

¿Tiene Ud. algún hobbie, o practica algún deporte? ¿Cuál(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?
Ninguno —

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

DECLARACION DE VERACIDAD DE LA INFORMACION

TRABAJADOR	David Ballesteros	COORD.SST	Andres Rivera
CC	1067947733	CC	1013623532

ELABORADO POR:	APROBADO POR:
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SGSST	Director General

	AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD	FT-SST-104 FECHA:22 enero 2019 Version: 001

NOMBRE:_____**EDWIN OSORIO**_____ **CC:**____**109797786**_____

EDAD: _____**35**_____ **CARGO:** _**INSTALADOR**_____ **FECHA:**_**13-01-2024**_____

TAREA DE ALTO RIESGO A REALIZAR: ____**NINGUNA.**_____

ANTECEDENTES	**SI**	**NO**
• Hipertension arterial no controlada		X
• Enfermedad respiratoria(Asma,Bronquitis,Enfisema)		X
• Daltonismo (Adecuada discriminacion de colores)		X
• Trastornos Psiquiatricos		X
• Diabetes o Hipoglicemia NO controladas		X
• Anemia		X
• Claustrofobia		X
• Fobia a las alturas		X
• Anosmia (Incapacidad para persibir olores)		X
• Enfermedad Neurologica (Convulsiones,Vertigo, Epilepsia) y/o ACV (Accidente Cerebro Vascular)		X
• Trastorno de la piel		X
• Trastorno de la salud relacionado con calor (Golpe,Simcope,Calambres)		X

	13/01/2024		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
CONDICIONES DE SALUD ACTUAL	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**
• Trastorno Osteomuscular Activo		X												
• Trastornos del equilibrio (Mareo,Vertigo)		X												
• Trastornos del sueño		X												
• Trastorno auditivo		X												
• Enfermedad Diarreica		X												
• Trastorno visual		X												
• Trastorno respiraorio		X												
• Vomito		X												
• Consumo de medicamentos que afecten los organos de los sentidos, capacidad de reaccion, o funcion neuromuscular.		X												
• Consumo de alcohol y/o drogas Psicoactivas hasta 24 horas antes		X												

Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desepeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

Edwin Osorio

Firma del trabajador

NOTA: *Cualquier condición marcada como* ***SI****, requiere VoBo de Seguridad y Salud en el Trabajo para autorizar la actividad.*

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN DE SALUD

Formato Declaración del Estado de Salud

- **CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA**

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

TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELIIDO	NOMBRES
COTIZANTE	1073236789	BOLIVAR	MONCADA	GERMAN HERNEY
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				

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

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

No.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
				1	2	3		
		C	CO				4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)	NO						
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?	NO						
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?	N/A						
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	NO						
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión o presión arteriales alta?	NO						
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?	NO						
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?	NO						
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?	NO						
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?	NO						
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?	NO						
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?	NO						
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?	NO						
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?	NO						
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?	NO						
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?	NO						
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?	NO						
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?	NO						
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?	NO						
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?	NO						
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?	NO						
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?	NO						
22	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?	NO						
23	¿Cuál es su peso?	57						
24	¿Cuál es su estatura?	167						
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?	NO						
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?	SI						

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

German Bolivar

FIRMA DE COTIZANTE

1073236789

CEDULA

Samuels Drugs	**AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD**	FT-SST-104 FECHA:22 enero 2019 Version: 001

NOMBRE:_____**JONATHAN MATEUS**_____ **CC:**____**1032470708**_____

EDAD: _____**28**_____ **CARGO:** _**INSTALADOR**_____ **FECHA:**_**13-01-2024**_____

TAREA DE ALTO RIESGO A REALIZAR: ____**NINGUNA.**_____

ANTECEDENTES	**SI**	**NO**
• Hipertension arterial no controlada		X
• Enfermedad respiratoria(Asma,Bronquitis,Enfisema)		X
• Daltonismo (Adecuada discriminacion de colores)		X
• Trastornos Psiquiatricos		X
• Diabetes o Hipoglicemia NO controladas		X
• Anemia		X
• Claustrofobia		X
• Fobia a las alturas		X
• Anosmia (Incapacidad para persibir olores)		X
• Enfermedad Neurologica (Convulsiones,Vertigo, Epilepsia) y/o ACV (Accidente Cerebro Vascular)		X
• Trastorno de la piel		X
• Trastorno de la salud relacionado con calor (Golpe,Simcope,Calambres)		X

	13/01/2024		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
CONDICIONES DE SALUD ACTUAL	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**
• Trastorno Osteomuscular Activo		X												
• Trastornos del equilibrio (Mareo,Vertigo)		X												
• Trastornos del sueño		X												
• Trastorno auditivo		X												
• Enfermedad Diarreica		X												
• Trastorno visual		X												
• Trastorno respiraorio		X												
• Vomito		X												
• Consumo de medicamentos que afecten los organos de los sentidos, capacidad de reaccion, o funcion neuromuscular.		X												
• Consumo de alcohol y/o drogas Psicoactivas hasta 24 horas antes		X												

Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desepeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.



Firma del trabajador

NOTA: *Cualquier condición marcada como* ***SI****, requiere VoBo de Seguridad y Salud en el Trabajo para autorizar la actividad.*

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN DE SALUD

Formato Declaración del Estado de Salud

- **CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA**

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

TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELIIDO	NOMBRES
COTIZANTE	1044912918	QUICHILLO	CARABALLO	LUIS ALFREDO
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				

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

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

No.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
		C	CO	1	2	3	4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)	NO						
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?	NO						
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?	N/A						
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	NO						
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión o presión arteriales alta?	NO						
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?	NO						
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?	NO						
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?	NO						
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?	NO						
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?	NO						
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?	NO						
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?	NO						
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?	NO						
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?	NO						
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?	NO						
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?	NO						
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?	NO						
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?	NO						
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?	NO						
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?	NO						
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?	NO						
22	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?	NO						
23	¿Cuál es su peso?	74						
24	¿Cuál es su estatura?	1.74						
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?	NO						
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?	SI						

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

Luis A Chiquillo

FIRMA DE COTIZANTE

1044912918

CEDULA

Sarmiento Drugs	**AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD**	FT-SST-104 FECHA:22 enero 2019 Version: 001

NOMBRE:_____**MARITZA SARMIENTO**_____ **CC:**____**52531950**_____

EDAD: _____**45**_____ **CARGO:** _**GERENTE**_____ **FECHA:**_**13-01-2024**_____

TAREA DE ALTO RIESGO A REALIZAR: ____**NINGUNA.**_____

ANTECEDENTES	**SI**	**NO**
• Hipertension arterial no controlada		X
• Enfermedad respiratoria(Asma,Bronquitis,Enfisema)		X
• Daltonismo (Adecuada discriminacion de colores)		X
• Trastornos Psiquiatricos		X
• Diabetes o Hipoglicemia NO controladas		X
• Anemia		X
• Claustrofobia		X
• Fobia a las alturas		X
• Anosmia (Incapacidad para persibir olores)		X
• Enfermedad Neurologica (Convulsiones,Vertigo, Epilepsia) y/o ACV (Accidente Cerebro Vascular)		X
• Trastorno de la piel		X
• Trastorno de la salud relacionado con calor (Golpe,Simcope,Calambres)		X

	13/01/2024		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
CONDICIONES DE SALUD ACTUAL	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**
• Trastorno Osteomuscular Activo		X												
• Trastornos del equilibrio (Mareo,Vertigo)		X												
• Trastornos del sueño		X												
• Trastorno auditivo		X												
• Enfermedad Diarreica		X												
• Trastorno visual		X												
• Trastorno respiraorio		X												
• Vomito		X												
• Consumo de medicamentos que afecten los organos de los sentidos, capacidad de reaccion, o funcion neuromuscular.		X												
• Consumo de alcohol y/o drogas Psicoactivas hasta 24 horas antes		X												

Certifico que la información consignada en esta ficha es verídica, en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí que pueda afectar mi desepeño en la tarea de alto riesgo en la cual estaré involucrado.

Firma del trabajador

NOTA: *Cualquier condición marcada como* ***SI****, requiere VoBo de Seguridad y Salud en el Trabajo para autorizar la actividad.*

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN DE SALUD

Formato Declaración del Estado de Salud

- **CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA**

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

TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELIIDO	NOMBRES
COTIZANTE	1073516042	PEDROZA	CALVO	MIGUEL ANGEL
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				

Por favor contestar todas las preguntas para cada uno de los usuarios solicitantes (S: si es afirmativo o N: si es negativo o no aplica y valor numérico para las preguntas 23 y 24); toda respuesta afirmativa requiere la respectiva explicación, de lo contrario el formulario se considera incorrectamente diligenciado. La información del Cotizante corresponde a la columna
C. El número con que se identifica el beneficiario en el formulario de afiliación, debe corresponder a cada una de las casillas de la columna "Tipo de afiliado" del presente formato.

No.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
		C	CO	1	2	3	4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)	NO						
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?	NO						
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?	N/A						
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	NO						
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión o presión arteriales alta?	NO						
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?	NO						
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?	NO						
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?	NO						
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?	NO						
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?	NO						
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?	NO						
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?	NO						
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?	NO						
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?	NO						
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?	NO						
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?	NO						
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?	NO						
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?	NO						
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?	NO						
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?	NO						
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?	NO						
22	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?	NO						
23	¿Cuál es su peso?	78						
24	¿Cuál es su estatura?	1.80						
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?	NO						
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?	SI						

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

FIRMA DE COTIZANTE

1073516042

CEDULA

INDENERCOL S.A.S

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

DATOS GENERRALES

NOMBRES: Saul Hernandez. APELLIDOS:
CEDULA: 19.308.939 GENERO: F ☐ M ☒
EDAD: 66. CIUDAD: Bogota
CARGO: Auxiliar BARRIO: Soacha
TELEFONO: 3164689978 CORREO: saulhernandezortiz@yahoo.es.
CONTRATISTA: OBRA: REMODELACION
EPS: Famisanar. ARL:
PERSONA DE CONTACTO: Rosa. Ortiz
TELEFONO DEL CONTACTO:

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

AUTORIZACIÓN SUMINISTRO DE DATOS

Yo Saul Hernandez identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 19.308.939 de Bogotá, autorizo de manera libre y voluntaria a BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE INGENIERIA para recopilar, utilizar, transferir, almacenar, consultar, procesar, y en general a dar tratamiento a la información personal que he suministrado a la Empresa, de conformidad con lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la cual se encuentra contenida en las bases de datos y archivo de propiedad de la Empresa, para los fines internos que sean necesarios y me comprometo a:

Cumplir todas las medidas de autocuidado establecidas por BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE INGENIERIA para la prevención de la COVID 19.
Cumplir todos los protocolos definidos por BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE INGENIERIA para la prevención de la COVD 19.
Notificar a BOMBAS Y EQUIPOS DUQUE INGENIERIA oportunamente cualquier síntoma o sospecha asociada a la COVID 19.
Manifiesto que toda la anterior información es cierta y refleja fielmente mi situación médica.

Nombre: Saul Hernandez Firma:

Cedula: 19.308.939.

Fecha: 9/04/2024.

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN DE SALUD

Formato Declaración del Estado de Salud

- **CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA**

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

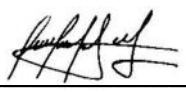
TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELIIDO	NOMBRES
COTIZANTE	1049825219	RINCON	JAIME	VICTOR ALFONSO
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				

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

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

No.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
				1	2	3		
		C	CO				4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)	NO						
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?	NO						
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?	N/A						
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	NO						
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión o presión arteriales alta?	NO						
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?	NO						
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?	NO						
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?	NO						
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?	NO						
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?	NO						
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?	NO						
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?	NO						
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?	NO						
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?	NO						
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?	NO						
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?	NO						
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?	NO						
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?	NO						
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?	NO						
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?	NO						
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?	NO						
22	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?	NO						
23	¿Cuál es su peso?	70						
24	¿Cuál es su estatura?	1.60						
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?	NO						
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?	SI						

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



FIRMA DE COTIZANTE

1049825219

CEDULA

Formato Declaración del Estado de Salud

- **CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA**

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

TIPO DE AFILIADO	NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELIIDO	NOMBRES
COTIZANTE	1070781128	RUBIANO	BRICEÑO	YOU JONTER
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				

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

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

No.	PREGUNTA	TIPO DE AFILIADO						
		C	CO	1	2	3	4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)	NO						
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?	NO						
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?	N/A						
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?	NO						
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión o presión arteriales alta?	NO						
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?	NO						
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?	NO						
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?	NO						
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?	NO						
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?	NO						
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?	NO						
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?	NO						
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?	NO						
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?	NO						
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?	NO						
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?	NO						
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?	NO						
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?	NO						
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?	NO						
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?	NO						
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?	NO						
22	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?	NO						
23	¿Cuál es su peso?	63						
24	¿Cuál es su estatura?	163						
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?	NO						
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?	SI						

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

You Yonter Rubiano Briceño

FIRMA DE COTIZANTE

1070781128

CEDULA

ANEXO No. 11 ENTREGA DE EPPS

	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
AH		CODIGO: EEPP-1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

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

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Juan Higuera	CEDULA No.	1000350684	CARGO	Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	2	8/04/2024	Juan Higuera
2	Protector respiratorio	1	8/04/2024	
3	Protector auditivo	1	8/04/2024	
4	Gafas transparentes	1	8/04/2024	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	David Steven Higuera	CEDULA No.	1.022.433.908
CARGO	Coordinador TSA	FIRMA	David Higuera

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Juan Hig.

CEDULA No: 1.000.350.684.

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		CODIGO: EEPP-1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

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

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	David Higuera	**CEDULA No.**	1022433908	**CARGO**	Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	1	8/04/2024	
2	Protector respiratorio	1	8/04/2024	
3	Protector auditivo	1	8/04/2024	
4	Gafas transparentes	1	8/04/2024	
5				
6				
7				
8				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	David Steven Higuera	**CEDULA No.**	1.022.433.908
CARGO	Coordinador TSA	**FIRMA**	

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1022433908

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
AH		CODIGO: EEPP-1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

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

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Pablo Higuera	**CEDULA No.**	79454652	**CARGO**	Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	2	8/04/2024	Pablo H
2	Protector respiratorio	1	8/04/2024	Pablo H
3	Protector auditivo	1	8/04/2024	Pablo H
4	Gafas transparentes	1	8/04/2024	Pablo H
5				
6				
7				
8				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	David Steven Higuera	**CEDULA No.**	1.022.433.908
CARGO	Coordinador TSA	**FIRMA**	David Higuera

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		CODIGO: EEPP-1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA 1 DE 1

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

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Duvan Bedoya	**CEDULA No.**	1006131163	**CARGO**	Auxiliar Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	2	8/04/2024	
2	Protector respiratorio	1	8/04/2024	
3	Protector auditivo	1	8/04/2024	Duvan Bedoya
4	Gafas transparentes	1	8/04/2024	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	David Steven Higuera	**CEDULA No.**	1.022.433.908
CARGO	Coordinador TSA	**FIRMA**	David Higuera.

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No:

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		CODIGO: EEPP-1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

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

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Luis Gomez	**CEDULA No.**	1024523705	**CARGO**	Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	2	8/04/2024	
2	Protector respiratorio	1	8/04/2024	
3	Protector auditivo	1	8/04/2024	
4	Gafas transparentes	1	8/04/2024	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	David Steven Higuera	**CEDULA No.**	1.022.433.908
CARGO	Coordinador TSA	**FIRMA**	

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 1024523705

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		CODIGO: EEPP-1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

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

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Octavio Mesa	**CEDULA No.**	4266409	**CARGO**	Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	2	8/04/2024	
2	Protector respiratorio	1	8/04/2024	
3	Protector auditivo	1	8/04/2024	
4	Gafas transparentes	1	8/04/2024	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	David Steven Higuera	**CEDULA No.**	1.022.433.908
CARGO	Coordinador TSA	**FIRMA**	

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

CEDULA No: 4266409

Powered by CamScanner

	DEPARTAMENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	VERSION: 1
		CODIGO: EEPP-1
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	PAGINA: 1 DE 1

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

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE	Tomas Simanca	**CEDULA No.**	1030693371	**CARGO**	Auxiliar Técnico
FACULTAD O DEPENDENCIA	Operativo				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

ITEM	EPP ENTREGADOS:	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes	2	8/04/2024	
2	Protector respiratorio	1	8/04/2024	
3	Protector auditivo	1	8/04/2024	
4	Gafas transparentes	1	8/04/2024	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	David Steven Higuera	**CEDULA No.**	1.022.433.908
CARGO	Coordinador TSA	**FIRMA**	

COMPROMISO

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

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la Universidad del Atlántico..

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

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Tomas Simanca

CEDULA No: 1030693371

Powered by CamScanner

BOMBAS Y EQUIPOS
DUQUE INGENIERIA SAS
NIT 900.784.130-8

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ACTA ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE TRABAJADOR Carlos chirinos **FECHA DE INGRESO:** 28/10/2022

TALLA CAMISA M **TALLA PANTALON** 30 **TALLA BOTAS** 41

DESCRIPCIÓN	UN ENTREGADAS	FECHA ENTREGA
Tapabocas	3	01/04/2024
Guantes	3	01/04/2024
Gafas	1	01/04/2024

FIRMA DEL TRABAJADOR Carlos chirinos

Con cada entrega de dotación, me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud laboral que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. De igual forma manifiesto que la dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

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

BOMBAS Y EQUIPOS
DUQUE INGENIERIA SAS
NIT 900.784.130-8

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ACTA ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE TRABAJADOR Andrés Ortega **FECHA DE INGRESO:** 12/11/2014

TALLA CAMISA L **TALLA PANTALON** 34 **TALLA BOTAS** 40

DESCRIPCIÓN	UN ENTREGADAS	FECHA ENTREGA
Tapabocas	3	01/04/2024
Guantes	3	01/04/2024
Gafas	1	01/04/2024

FIRMA DEL TRABAJADOR Andres Ortega

Con cada entrega de dotación, me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud laboral que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. De igual forma manifiesto que la dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

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

INDENERCOL S.A.S	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENTREGA DE DOTACIÓN	VERSIÓN: 01 FECHA: 11-mar-24

NOMBRE: Saul Hernandez IDENTIFICACIÓN: 19.308.939 CARGO: Auxiliar

FECHA DE INGRESO: 10/04/2024 TALLA PANTALON: 32 TALLA CAMISA M TALLA BOTAS: 39

FECHA DE ENTREGA	Camisa manga larga	Chaqueta	Chaleco reflectivo	Pantalón	Botas punta de seguridad	Botas dieléctricas de seguridad	Casco	Barbuquejo	Gafas de seguridad	Careta	Tapa oídos de inserción	Tapa oídos de copa	Guantes de carnaza	Guante amarillo tipo ingeniero	Guantes negro poliéster	Guantes dieléctricos	MOTIVO DE LA ENTREGA				FIRMA DE RECIBIDO
																	ORDINARIA	DESGASTE	DAÑO	PERDIDA	
9/04/24	1	/	1	1	/	1	1	1	1	/	1	/	/	/	1	/	X				Saul Hernandez.

RECUERDE QUE PARA EL CAMBIO DE DOTACIÓN, ES NECESARIO ENTREGAR LOS ELEMENTOS USADOS

COMPROMISO

Me comprometo a usar adecuadamente y durante la jornada laboral, los elementos y dotación recibida, mantenerlos en buen estado dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo, que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social.

Declaro que he recibido la información sobre el uso adecuado y cuidado de los mismos.

Saul Hernandez.

FIRMA DE COMPROMISO

Powered by CamScanner

AM&CIA S.A.S CONSTRUCTORA Generando Tranquilidad	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CÓDIGO	GI-FR-71
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	5/03/2018

NOMBRE: Carlos Rodriguez

CARGO: Tecnico Electricista

C.C.: 80.009.850

FORMATO PARA EL CONTROL DE DOTACIÓN Y EPP

BOTAS DE CUERO ☐ BOTAS DE CAUCHO ☐ RODILLERAS

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN RESPIRATORIA					PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCION MANUAL						PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCIÓN PARA CUERPO	
				MONOGAFAS		CARTUCHO			MASCARILLA				GUANTES						TAPA OIDO		TRAJES	
DIA	MES	AÑO		Blanca	Negra	Gases	Vapores	Pintura	Humos Metálicos y gases	Desechable	CASCO SEGUR.	CAPUCHÓN	Mosquetón	Vaqueta	Carnaza	gaucho calibre 35	Nylon	Dielectrico	Inserción	Copa	Fontanero	Impermeable
26	03	24		1		1				3							1		1			
Totales																						

AM&CIA S.A.S CONSTRUCTORA	**FORMATO ENTREGA DOTACIÓN**	**CODIGO**	GI-FR-17
		VERSION	04
		FECHA DE APROBACIÓN	**20/05/2021**

PROYECTO / AREA	Transmilenio	**FECHA**	26-03-2021
NOMBRE	Carlos Rodriguez	**CEDULA**	80.009.850
CARGO	Tecnico Electricista		

VESTUARIO	SI	NO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Camisa blanca				
Camisa de Jean				
Camisa Polo				
Blusa				
Casco con barbuquejo	X		1	
Pantalón formal				
Pantalón Dril				
Jean	X		2	
Overol				
Chaqueta				
Botas punta de acero	X		1	
Chaleco con reflectivo	X		1	

DE ACUERDO CON LAS POLITICAS INTERNAS DE LA EMPRESA, EL USO DE ESTA DOTACIÓN ES DE CARCTER OBLIGATORIO

Cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el proceso de HSEQ como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AM&CIA SAS.

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE Carlos Rodriguez

FIRMA TALENTO HUMANO

NOMBRE

AM&CIA CONSTRUCTORA	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CÓDIGO	GI-FR-71
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	5/03/2018

NOMBRE: Juan Cruz

CARGO: TECNICO ELECTRICISTA

C.C.: 1,032.402.525

FORMATO PARA EL CONTROL DE DOTACIÓN Y EPP

BOTAS DE CUERO [ ] BOTAS DE CAUCHO [ ] RODILLERAS

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN RESPIRATORIA					PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCION MANUAL						PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCIÓN PARA CUERPO	
				MONOGAFAS		CARTUCHO			MASCARILLA				GUANTES						TAPA OIDO		TRAJES	
DIA	MES	AÑO		Blanca	Negra	Gases	Vapores	Pintura	Humos Metálicos y gases	Desechable	CASCO SEGUR.	CAPUCHÓN	Moquetón	Vaqueta	Carnaza	cuero calibre 35	Nylon	Dieléctrico	Inserción	Copa	Fontanero	Impermeable
26	03	24	JUAN CRUZ	1						3							1		1			
Totales																						

AM&CIA S.A.S CONSTRUCTORA *Generando Innovación*	**FORMATO ENTREGA DOTACIÓN**	**CODIGO**	GI-FR-17
		VERSION	04
		FECHA DE APROBACIÓN	**20/05/2021**

PROYECTO / AREA	Transmilenio	**FECHA**	26- 03-2024
NOMBRE	Juan Cruz	**CEDULA**	1.032.402.525
CARGO	Tecnico Electricista		

VESTUARIO	SI	NO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Camisa blanca				
Camisa de Jean				
Camisa Polo				
Blusa				
Casco con barbuquejo	X		1	
Pantalón formal				
Pantalón Dril				
Jean	X		2	
Overol				
Chaqueta				
Botas punta de acero	X			Talla 39
Chaleco con reflectivo	X		1	

DE ACUERDO CON LAS POLITICAS INTERNAS DE LA EMPRESA, EL USO DE ESTA DOTACIÓN ES DE CARCTER OBLIGATORIO

Cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado en el proceso de HSEQ como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de AM&CIA SAS.

JUAN CRUZ

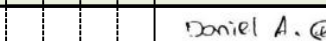
FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE_____

FIRMA TALENTO HUMANO

NOMBRE Eduar Jesús Mejía

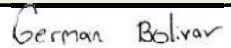
MFI INSTALACIONES SAS	**PROCESO**	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**CÓDIGO**	STFT18
	FORMATO	REGISTRO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	**VERSIÓN**	2

DATOS FUNCIONARIO			**ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL**																**RECIBIDO**	
NOMBRE	**DOCUMENTO IDENTIDAD**	**PROCESO/AREA**	Barbuquejo	Guantes de Nitrilo	Gafas de seguridad	Casco	Botas	Pantalon	Camisa	Tapabocas	Chaleco	Tapaoidos							**FIRMA**	**FECHA**
DANIEL ARMANDO QUIJANO CANASTO	1022975102	Operativo/instalación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								13/03/2024

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUI SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.
c. Solicitar un nuevo equipo en caso de pérdida o deterioro del mismo.

MFI INSTALACIONES SAS	**PROCESO**	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**CÓDIGO**	STFT18
	FORMATO	REGISTRO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	**VERSIÓN**	2

DATOS FUNCIONARIO			**ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL**																**RECIBIDO**	
NOMBRE	**DOCUMENTO IDENTIDAD**	**PROCESO/AREA**	Casco y barbuquejo	Guantes de Nitrilo	Gafas de seguridad	Casco	Botas	Pantalon	Camisa	Tapabocas	Chaleco	Tapaoidos							**FIRMA**	**FECHA**
GERMAN HERNEY BOLIVAR MONCADA	1073236789	Operativo/instalación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								4/04/2024

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUI SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.

b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.

c. Solicitar un nuevo equipo en caso de pérdida o deterioro del mismo.

MFI INSTALACIONES SAS	**PROCESO**	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**CÓDIGO**	STFT18
	FORMATO	REGISTRO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	**VERSIÓN**	2

DATOS FUNCIONARIO			ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL																RECIBIDO	
NOMBRE	**DOCUMENTO IDENTIDAD**	**PROCESO/AREA**	Casco y barbuquejo	Guantes de Nitrilo	Gafas de seguridad	Casco	Botas	Pantalon	Camisa	Tapabocas	Chaleco	Tapaoidos							**FIRMA**	**FECHA**
LUIS ALFREDO CHIQUILLO CARABALLO	1044912918	Operativo/instalación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							Luis A Chiquillo	20/03/2024

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUI SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.
c. Solicitar un nuevo equipo en caso de pérdida o deterioro del mismo.

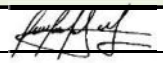
MFI INSTALACIONES SAS	**PROCESO**	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**CÓDIGO**	STFT18
	FORMATO	REGISTRO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	**VERSIÓN**	2

DATOS FUNCIONARIO			ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL																RECIBIDO	
NOMBRE	**DOCUMENTO IDENTIDAD**	**PROCESO/AREA**	Casco	Guantes de Nitrilo	Gafas de seguridad	Barbuquejo	Botas	Pantalon	Camisa	Tapabocas	Chaleco	Tapaoidos							**FIRMA**	**FECHA**
MIGUEL ANGEL PEDROZA CALVO	1073516042	Operativo/instalación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								14/04/2024

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUI SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.
c. Solicitar un nuevo equipo en caso de pérdida o deterioro del mismo.

MFI INSTALACIONES SAS	**PROCESO**	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**CÓDIGO**	STFT18
	FORMATO	REGISTRO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	**VERSIÓN**	2

DATOS FUNCIONARIO			**ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL**																**RECIBIDO**	
NOMBRE	**DOCUMENTO IDENTIDAD**	**PROCESO/AREA**	Casco y barbuquejo	Guantes de Nitrilo	Gafas de seguridad	Casco	Botas	Pantalon	Camisa	Tapabocas	Chaleco	Tapaoidos							**FIRMA**	**FECHA**
VICTOR ALFONSO RINCON JAIME	1049825219	Operativo/instalación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								4/04/2024

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUI SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.
c. Solicitar un nuevo equipo en caso de pérdida o deterioro del mismo.

MFI INSTALACIONES SAS	**PROCESO**	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**CÓDIGO**	STFT18
	FORMATO	REGISTRO ENTREGA ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	**VERSIÓN**	2

DATOS FUNCIONARIO			**ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL**																**RECIBIDO**	
NOMBRE	**DOCUMENTO IDENTIDAD**	**PROCESO/AREA**	Casco y barbuquejo	Guantes de Nitrilo	Gafas de seguridad	Casco	Botas	Pantalon	Camisa	Tapabocas	Chaleco	Tapaoidos							**FIRMA**	**FECHA**
YOU JONTER RUBIANO BRICEÑO	1070781128	Operativo/instalación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							You Jonter Rubiano Briceño	4/04/2024

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUI SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el elemento durante la jornada de trabajo en las áreas cuya obligatoriedad de uso se encuentra señalizado.
b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.
c. Solicitar un nuevo equipo en caso de pérdida o deterioro del mismo.

ANEXO 2

	R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CODIGO:	RMD-FT-SST-03
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN:	1
	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	FECHA:	22/07/22

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE Y APELLIDO	Yeisson Grajales	CEDULA No.	1023878349	CARGO	Oficial.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADOS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco Seguridad Industrial	1	05 ene 024	
2	Camisa Manga larga	1	05 ene 024	
3	Guantes poliuretano	1 par	05 ene 024	
4	Pantalon Mezclilla	1	05 ene 024	
5	Botas Seguridad	1 par	05 ene 024	
6	Rodilleras.	1 par	05 ene 024	
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Dairo Andres Rivera	CEDULA No.	1013625830
CARGO	Coordinador HSEQ	FIRMA	
NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LA DOTACIÓN:	Yeison Grajales	CEDULA No:	1023878349

ELABORADO POR:	APROBADO POR:
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SGSST	Director General

	R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CODIGO:	RMD-FT-SST-03
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN:	1
	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	FECHA:	22/07/22

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE Y APELLIDO	Andres Rivera	CEDULA No.	1013625835	CARGO	Coord. SST.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADOS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco Industrial	1	05 ene 024	Andres Rivera
2	Canso Manga larga	1	05 ene 024	Andres Rivera
3	Guantes Poliuretano.	1 Par	05 ene 024	Andres Rivera
4	Portalaminas Metalico	1	05 ene 024	Andres Rivera
5	Botas seguridad	1 Par	05 ene 024	Andres Rivera
6	Chaqueta aislada	1	05 ene 024	Andres Rivera
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Andres Rivera	CEDULA No.	1013625835
CARGO	Coord. SST	FIRMA	Andres Rivera
NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LA DOTACIÓN:	Andres Rivera	CEDULA No:	1013625835.

ELABORADO POR:	APROBADO POR:
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SGSST	Director General

	R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CODIGO	RMD-FT-SST-03
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN	1
	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	FECHA	22/07/22

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE Y APELLIDO	Angel Ballesteros	CEDULA No.	1001091736	CARGO	Ayudante.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADOS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco de seguridad Ind.	1	05 ene 024	Angel Ballesteros
2	Camisa manga larga.	1	05 ene 024	Angel Ballesteros
3	Guantes de poliuretano	1 par	05 ene 024	Angel Ballesteros
4	Pantalon mezclilla	1	05 ene 024	Angel Ballesteros
5	Botas de seguridad.	1 par	05 ene 024	Angel Ballesteros
6	Rodilleras	1 par.	05 ene 024	Angel Ballesteros
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Dario Andres Rivera	CEDULA No.	1013625835
CARGO	Coordinador HSEQ.	FIRMA	
NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LA DOTACIÓN	Angel Ballesteros	CEDULA No:	1001091736

ELABORADO POR:	APROBADO POR:
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SGSST	Director General

	R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS	CODIGO:	RMD-F7-SST-03
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSIÓN:	1
	ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP	FECHA:	22/07/22

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE Y APELLIDO	Camilo Ballesteros	CEDULA No.	1014011607	CARGO	Ayudante.

ELEMENTOS DE DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADOS

ITEM	DOTACIÓN ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco Seguridad industrial	1	05 01 024	Camilo Ballesteros
2	Camisa Manga Larga	1	05 01 024	Camilo Ballesteros
3	Guantes Polivedsa	1 par	05 01 024	Camilo Ballesteros
4	Pantalon Mezclilla	1	05 01 024	Camilo Ballesteros
5	Botas de seguridad	1 par	05 01 024	Camilo Ballesteros
6	Rodilleras	1 par	05 01 024	Camilo Ballesteros
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Diego Andres Rivera	CEDULA No.	1013625935
CARGO	Coordinador HSEQ.	FIRMA	
NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LA DOTACIÓN	Camilo Ballesteros	CEDULA No.	1014011607

ELABORADO POR:	APROBADO POR:
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SG-SST	Director General

ANEXO 2

R+D ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS		CODIGO:	RMD-FT-SST-03
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		VERSIÓN:	1
ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP		FECHA:	22/07/22

DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO

NOMBRE Y APELLIDO	David Ballesteros	CEDULA No.	80759773	CARGO	Ayudante

ELEMENTOS DE DOTACIÓN Y/O EPP ENTREGADOS

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco Seguridad Industrial	1	05 ENE 024	
2	Camisa Manga larga	1	05 ENE 024	
3	Guantes Poliuretano	1 par	05 ENE 024	
4	Pantalon Mezclilla	1	05 ENE 024	
5	Botas Seguridad	1 par	05 ENE 024	
6	Bodilleras	1 par	05 ENE 024	
7				
8				
9				
10				

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Diego Andres Rivera	CEDULA No.	1013625835.
CARGO	Coordinador HSEQ.	FIRMA	
NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LA DOTACIÓN:	David Ballesteros	CEDULA No:	

ELABORADO POR:	APROBADO POR:
ANDRES RIVERA	DIEGO RIVERA
Asesor SGSST	Director General

Samuel Ospina	FORMATO DE CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN.	Version:1 Fecha: 01/10/2020	

NOMBRES Y APELLIDOS	ANDRES ESPEJO	CEDULA	1016463868	CARGO	INSTALADOR

Nº	PROYECTO	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TAPONADORAS	OVEROLES	OVEROL TIPO CAMISA	PANTALON	CASCO	CHALECO	GUANTES DE POLIURETANO	GUANTES DE NAILON	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR RESPIRATORIO CON VALVULA	PROTECTOR RESPIRATORIO PVC	PROTECTOR RESPIRATORIO N95	GAFAS DE SEGURIDAD	GAFAS DE SEGURIDAD CON SOPORTE	TAPONES DE COPA	SEMIDOTACION	CINTO	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
1	. TRANSMILENIO	13/01/2024		X	X		X	X	X	X	X					X	X					
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						

NOTA: Se tomará como elemento defectuoso cuando la vida útil del elemento sea inferior a 2 días por defectos de fábrica. En este caso no se aplicará descuento

ENTREGADO POR: _____ VoBo RESPONSABLE SG SST: _____

Powered by CamScanner



FORMATO DE CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN.

Version:1
Fecha: 01/10/2020

NOMBRES Y APELLIDOS	ANDRES MONROY	CEDULA	1016614938	CARGO	INSTALADOR

Nº	PROYECTO	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TOPOMOTERAS	CAMISA/JEAN	CHAQUETA AL CUERPO	PANTALON	CASCO	CHALECO	GUANTES DE POLIURETANO	GUANTES DE NAILETA	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR RESPIRATORIO CON VALVULA	PROTECTOR RESPIRATORIO PVC	PROTECTOR RESPIRATORIO N95	TAPONES DE TELA CON HILO	GAFAS DE SEGURIDAD	CINTA DOBLE DE ENFERMERIA	TAPABOCAS DE CORAL	GUANTES DE NITRILO	GORRO	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
1	TRANSMILENIO	13/01/2024		X	X		X	X	X	X	X						X	X				Andres Monroy Serrato	
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							

NOTA: Se tomará como elemento defectuoso cuando la vida útil del elemento sea inferior a 2 días por defectos de fábrica. En este caso no se aplicará descuento

ENTREGADO POR: Andres Monroy S

VoBo RESPONSABLE SG SST: Kevin R Mateus

Powered by CamScanner

Samuel Ospina	FORMATO DE CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN.	Version:1 Fecha: 01/10/2020

NOMBRES Y APELLIDOS	EDWIN OSORIO	CEDULA	1095797768	CARGO	INSTALADOR

Nº	PROYECTO	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TAPAOIDO/BID	CAMISA/CAM	CAMISETA ALGODÓN	PANTALÓN	CASCO	CHALECO	GUANTES DE FIQUE/TEXTIL	GUANTES DE NAILETA	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR RESPIRATORIO CON VALVULA	PROTECTOR RESPIRATORIO PVC	PROTECTOR RESPIRATORIO N95	GAFAS DE SEGURIDAD	GAFAS DE SEGURIDAD	CAMISAS DE COLOR	SEMIDOTACIÓN	OTRO	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
1	TRANSMILENIO	13/01/2024		X	X		X	X	X	X	X						X	X				Edwin Osorio
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						

NOTA: Se tomará como elemento defectuoso cuando la vida útil del elemento sea inferior a 2 días por defectos de fábrica. En este caso no se aplicará descuento

ENTREGADO POR: _____ VoBo RESPONSABLE SG SST: Kevin P. Mateus

Powered by CamScanner

Sarmiento Ingeniería	FORMATO DE CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN.	Version:1 Fecha: 01/10/2020

NOMBRES Y APELLIDOS	JONATHAN MATEUS	CEDULA	1032478768	CARGO	INSTALADOR

Nº	PROYECTO	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TERMICAS	OVEROL/GAB	CHAQUETA AL CUERPO	PANTALON	CASCO	CHALECO	GUANTES DE FOLLAR TERNO	GUANTE DE NAILETA	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR RESPIRATORIO CON SILVETA	PROTECTOR RESPIRATORIO PVC	PROTECTOR RESPIRATORIO N95	GAFAS DE SEGURIDAD	GAFAS DE SEGURIDAD	CHAQUETA DE ABRIGO	TAPABOCAS DE CORAL	SEMIDOTACION	CRUZ	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
1	. TRANSMILENIO	13/01/2024		X	X		X	X	X	X	X						X	X					
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							

NOTA: Se tomará como elemento defectuoso cuando la vida útil del elemento sea inferior a 2 días por defectos de fábrica. En este caso no se aplicará descuento

ENTREGADO POR: _____ VoBo RESPONSABLE SG SST: Kevin F. Mateus

Powered by CamScanner

FORMATO DE CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y DOTACIÓN.

Version:1
Fecha: 01/10/2020

NOMBRES Y APELLIDOS	MARITZA BARMENTO	CEDULA	52511950	CARGO	GERENTE

Nº	PROYECTO	FECHA	BOTAS DE CAUCHO	BOTAS TAPAOIDO/BIO	CAMISA/GAB	CHAQUETA AL CUERPO	PANTALON	CASCO	CHALECO	GUANTES DE POLIURETANO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE CAUCHO	PROTECTOR RESPIRATORIO CON VALVULA	PROTECTOR RESPIRATORIO PVC	PROTECTOR RESPIRATORIO 6HS	TAPONES DE TELA CON HILO	GAFAS DE SEGURIDAD	CHAQUETA DE ABRIGO	TAPABOCAS DE CORAL	SOBRETODOS	CINTO	FIRMA DE RECIBIDO DEL TRABAJADOR	OBSERVACIONES
1	. TRANSMILENIO	13/01/2024		X	X		X	X	X	X	X						X	X					
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							

NOTA: Se tomará como elemento defectuoso cuando la vida útil del elemento sea inferior a 2 días por defectos de fábrica. En este caso no se aplicará descuento

ENTREGADO POR: _____

VoBo RESPONSABLE SG SST: _____

Powered by CamScanner

ANEXO No. 12 INDICADORES DE GESTION

	FICHA DE INDICADOR	SIG-F-005
AM&CIA S.A.S CONSTRUCTORA		V-2

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL INDICADOR

INDICE DE SEVERIDAD DE LA ACCIDENTALIDAD

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

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR

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

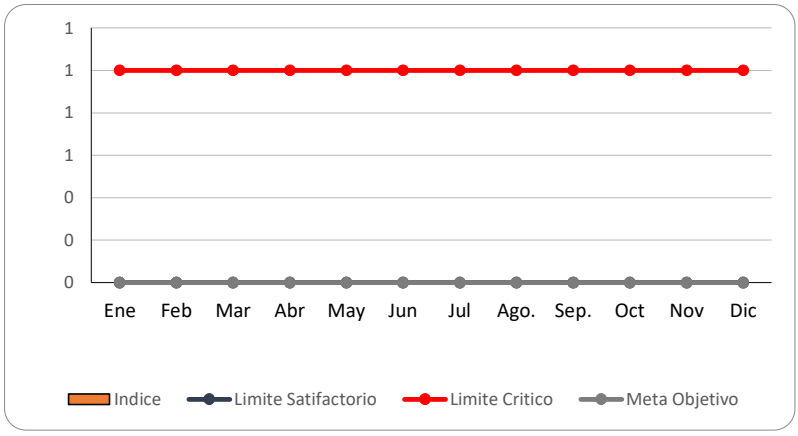
FUENTE DE INFORMACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Reportes de Accidentes de Trabajo con reporte de Incapacidad	N° de días de incacidad por AT en el mes+días cargados en el mes/N° trabajadores al mes * 100
INTERPRETACIÓN	Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes de **XX** se perdieron **X** dias por Accidentes de Trabajo.

COMPORTAMIENTO INDICADOR

FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	Mensual									Año	2024	
MESES	**Enero**	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**
Numero de Colaboradores		61	99	109								
Dias cargado en el mes		0	0	0								
Días Perdido por AT		0	0	0								
Índice	**#¡DIV/0!**	**0**	**0**	**0**	**#¡DIV/0!**	**#¡DIV/0!**	**#¡DIV/0!**	**#¡DIV/0!**	**#¡DIV/0!**	**#¡DIV/0!**	**#¡DIV/0!**	**#¡DIV/0!**

MEDICIÓN

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



ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR

Enero

Febrero

Sin accidentalidad

Marzo

Sin accidentalidad

Abril

Sin accidentalidad

Mayo

Junio

Julio

	FICHA DE INDICADOR	SIG-F-005
AM&CIA CONSTRUCTORA SAS		V-2

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL INDICADOR

INDICE DE FRECUENCIA DE DE LA ACCIDENTALIDAD

OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LÍNEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMENTO
Mantener (0) accidentalidad	Resultado	0	0	Mensual	Anual

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR

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

FUENTE DE INFORMACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Reportes de Accidentes de Trabajo	N° accidentes de trabajo al mes/No. de Trabajadores al mes * 100

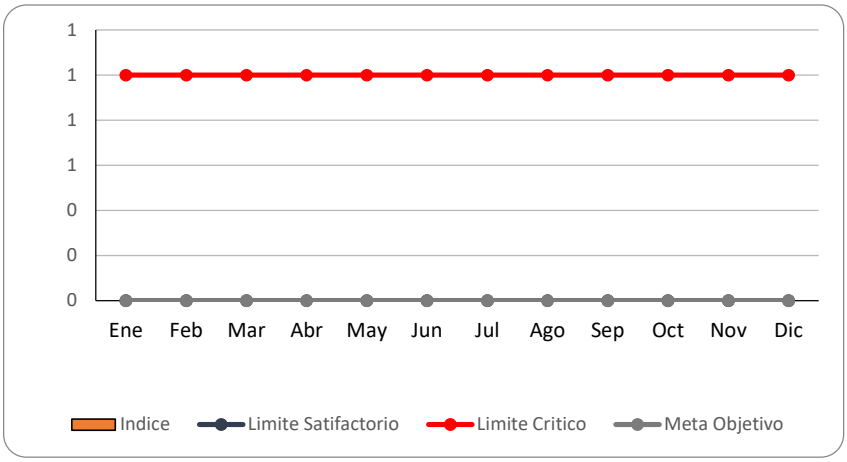
INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	Por cada 100 trabajadores que laboran en el mes de **XX** se presentaron **X** Accidentes de Trabajo.

COMPORTAMIENTO INDICADOR

FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	Mensual									Mensual	2024	
MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Numero de Colaboradores		61	99	109								
Numero de Accidentes		0	0	0								
Índice %	#¡DIV/0!	0	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

MEDICIÓN

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



ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR

Enero

Febrero

No se han presentado accidentes hasta el día 22 de febrero de 2024, fecha del primer informe.

Marzo

No se han presentado accidentes hasta el día 17 de MARZO de 2024, fecha del segundo informe.

Abril

No se han presentado accidente laboral en el periodo del 18 de MARZO al 17 de ABRIL de 2024, fecha del tercer informe.

Mayo

Junio

	FICHA DE INDICADOR	SIG-F-005
		V-2

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL INDICADOR

% INSPECCIONES REALIZADAS

OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LÍNEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMENTO
Cumplir con el 90% las inspecciones programadas	Resultado	0%	100%	Trimestral	Anual

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR

UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	LÍMITE SATISFACTORIO	LÍMITE CRÍTICO	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
%	Trimestral	90%	40%	Residente SST	Responsable SST	Gerente General

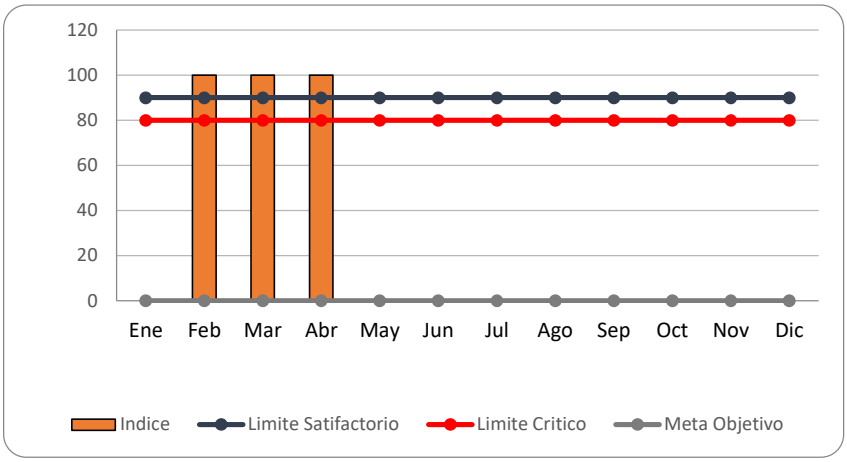
FUENTE DE INFORMACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Programa de Inspecciones	N° de Inspecciones realizadas / N° De Inspecciones programadas *100

COMPORTAMIENTO INDICADOR

FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	Mensual									Mensual	2024	
MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Inspecciones realizadas		99	84	157								
Inspecciones programadas		99	84	157								
Índice	#¡DIV/0!	100	100	100	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

MEDICIÓN

Periodo	Índice	Limite Satisfactorio	Limite Critico	Meta Objetivo
Ene	0	90	80	0
Feb	100	90	80	0
Mar	100	90	80	0
Abr	100	90	80	0
May	#¡DIV/0!	90	80	0
Jun	#¡DIV/0!	90	80	0
Jul	0	90	80	0
Ago	0	90	80	0
Sep	#¡DIV/0!	90	80	0
Oct	#¡DIV/0!	90	80	0
Nov	#¡DIV/0!	90	80	0
Dic	#¡DIV/0!	90	80	0



ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR

Enero

Febrero

Se cumplio con el 100 de las inspecciones planeadas: EPP, Herramientas y equipos

Marzo

Se cumplio con el 100 de las inspecciones planeadas: EPP, Herramientas y equipos

Abril

Se cumplio con el 100 de las inspecciones planeadas: EPP, Herramientas y equipos

Mayo

	FICHA DE INDICADOR	SIG-F-005
		V-2

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL INDICADOR

CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LÍNEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMENTO
Medir el programa de capacitaciones de la compañía	Cumplimiento	80%	90%	Mensual	Anual

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR

UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	LÍMITE SATISFACTORIO	LÍMITE CRÍTICO	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
%	Trimestral	90%	80%	Residente SST	Responsable SST	Gerente General

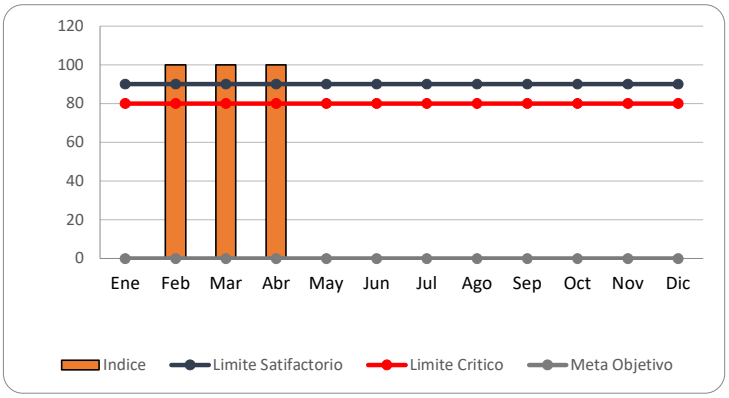
FUENTE DE INFORMACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Programa de capacitaciones Registros de asistencia Registros de capacitaciones externas	N° de capacitaciones ejecutadas/N° de capacitaciones programadas acumuladas*100

COMPORTAMIENTO INDICADOR

FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	Mensual									Mensual	2024	
MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Capacitaciones ejecutadas	0	1	2	1								
Capacitaciones programadas	0	1	2	1								
Índice	#¡DIV/0!	100	100	100	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

MEDICIÓN

Periodo	Índice	Limite Satisfactorio	Limite Critico	Meta Objetivo
Ene	0	90	80	0
Feb	100	90	80	0
Mar	100	90	80	0
Abr	100	90	80	0
May	#¡DIV/0!	90	80	0
Jun	#¡DIV/0!	90	80	0
Jul	0	90	80	0
Ago	0	90	80	0
Sep	#¡DIV/0!	90	80	0
Oct	#¡DIV/0!	90	80	0
Nov	#¡DIV/0!	90	80	0
Dic	#¡DIV/0!	90	80	0



ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR

Enero

Febrero

Se realizó la capacitación en el Tema de Espacios Confinados y participaron 61 personas de las 61 programadas

Marzo

Se realizó la capacitación en el Tema de Responsabilidades del COPASST y TRABAJO EN CALIENTE y participaron 90 personas de las 99 programadas

Abril

Se realizó la capacitación en el Tema de Responsabilidades del ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL TRABAJO y participaron 86 personas de las 109 programadas

Mayo

Junio

Julio

	FICHA DE INDICADOR	SIG-F-005
AM&CIA S.A.S CONSTRUCTORA		V-2

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL INDICADOR

INDICE DE AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA

OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LÍNEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMENTO
Conocer la ausencia de trabajo por causa médica	Resultado	0	0	Mensual	Anual

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR

UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	LÍMITE SATISFACTORIO	LÍMITE CRÍTICO	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Unidad	Mensual	0	20	Residente SST	Responsable SST	Gerente General

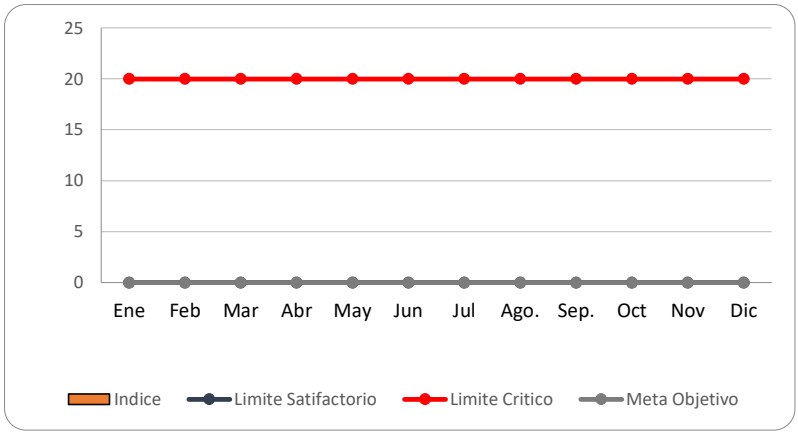
FUENTE DE INFORMACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Reporte de ausencias del trabajo	(N° de días de ausencia por incapaciddad laboral o común en el mes/N° días programados en el mes) * 100
INTERPRETACIÓN	En el mes de perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica

COMPORTAMIENTO INDICADOR

FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	Mensual									Año	2024	
MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Numero de Colaboradores		61	99	109								
Dias cargado en el mes		0	0	0	0	0						
Días Perdido por AT		0	0	0	0	0	10					
Índice	#¡DIV/0!	0	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

MEDICIÓN

Periodo	Índice	Limite Satisfactorio	Limite Critico	Meta Objetivo
Ene	#¡DIV/0!	0	20	0
Feb	0	0	20	0
Mar	0	0	20	0
Abr	0	0	20	0
May	#¡DIV/0!	0	20	0
Jun	#¡DIV/0!	0	20	0
Jul	#¡DIV/0!	0	20	0
Ago.	#¡DIV/0!	0	20	0
Sep.	#¡DIV/0!	0	20	0
Oct	#¡DIV/0!	0	20	0
Nov	#¡DIV/0!	0	20	0
Dic	#¡DIV/0!	0	20	0



ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR

Enero

Febrero

No se presentaron ausencias de los trabajadores por causa medica

Marzo

No se presentaron ausencias de los trabajadores por causa medica

Abril

No se presentaron ausencias de los trabajadores por causa medica

Mayo

Junio

Julio

	FICHA DE INDICADOR	SIG-F-005
AM&CIA S.A.S CONSTRUCTORA		V-2

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE DEL INDICADOR

COBERTURA DE INDUCCIÓN

OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LÍNEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMENTO
Cubrir el 100% de la población con la Inducción y/o Reinducción	Resultado	100%	100%	Trimestral	Anual

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR

UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	LÍMITE SATISFACTORIO	LÍMITE CRÍTICO	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
%	Trimestral	100%	15%	Residente SST	Responsable SST	Gerente General

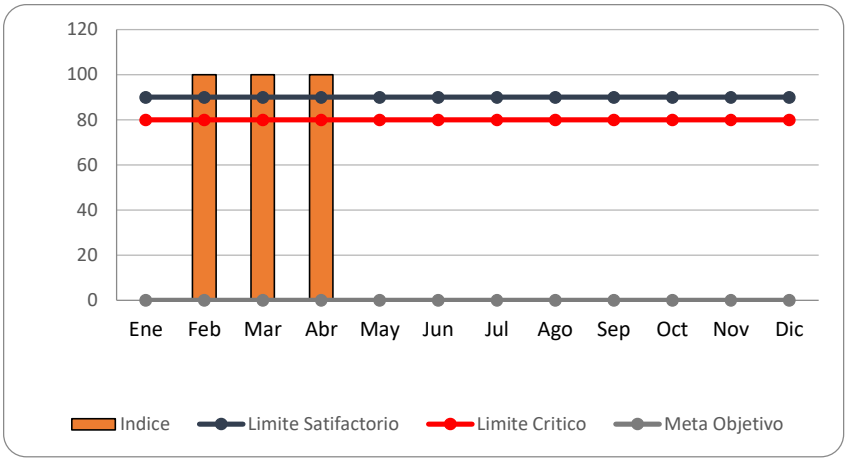
FUENTE DE INFORMACIÓN	FÓRMULA DE CÁLCULO
Programa de Inducción y Reinducción	N° de personas con inducción/N° de personas programadas*100

COMPORTAMIENTO INDICADOR

FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	Mensual									Mensual	2024	
MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Personas con induccion	0	61	24	18								
Personas programadas	0	61	24	18								
Índice	#¡DIV/0!	100	100	100	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

MEDICIÓN

Periodo	Índice	Limite Satisfactorio	Limite Critico	Meta Objetivo
Ene	0	90	80	0
Feb	100	90	80	0
Mar	100	90	80	0
Abr	100	90	80	0
May	#¡DIV/0!	90	80	0
Jun	#¡DIV/0!	90	80	0
Jul	0	90	80	0
Ago	0	90	80	0
Sep	#¡DIV/0!	90	80	0
Oct	#¡DIV/0!	90	80	0
Nov	#¡DIV/0!	90	80	0
Dic	#¡DIV/0!	90	80	0



ANÁLISIS/INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL INDICADOR

Enero

Febrero

Se cumplió con el 100% de cobertura en el proceso de inducción

Marzo

Se cumplió con el 100% de cobertura en el proceso de inducción

Abril

Se cumplió con el 100% de cobertura en el proceso de inducción

Mayo

Junio

AM&CIA CONSTRUCTORA	**PROGRAMA DE MANTENIMIENTO**	SIG-PG-003 V-2

OBJETIVO: Establecer las actividades necesarias para el mantenimiento de los equipos y herramientas que se encuentren activas en las operaciones de la compañía.

ALCANCE: Aplica a todas los equipos, maquinaria y herramienta necesarias para el desarrollo de las actividades.

RECURSOS: Técnicos, humanos, financieros

RESPONSABLE: Coordinador SST

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE MANTENIMIENTO - TRANSMILENIO 2024

No	ACTIVIDAD PROGRAMADA DESCRIPCIÓN	LÍNEA DE RESPONSABILIDAD 1 Nivel	 2 Nivel	Programado / Ejecutado ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
				P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
1	Actualizar documentación (certificación) de mantenimiento de equipos y herramienta	Trabajador	Residente SST	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P	
2	Inspeccion al estado de los equipos menores (equipos semi automaticos)	Trabajador	Residente SST	P	E	P	E	P	E	P		P		P		P		P		P		P		P		P	
3																											
4																											
5																											
6																											

AM&CIA CONSTRUCTORA	**PROGRAMA DE INSPECCIONES**	SIG-PG-002 V-2

OBJETIVO: Prevenir las pérdidas (ocurrencia de incidentes o casi accidentes), derivados de la exposición a los riesgos presentes en el desarrollo de los diferentes procesos ejecutados por la empresa, identificándolas mediante inspecciones planeadas por parte de la organización.

ALCANCE: Aplica a todas las actividades de inspecciónes a equipos, herramientas, vehiculos, epp, de las actividades propias de la empresa.

RECURSOS: Técnicos, humanos, financieros

RESPONSABLE: Coordinador SST

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE INSPECCIONES - TRANSMILENIO 2024

No	ACTIVIDAD PROGRAMADA DESCRIPCIÓN	LÍNEA DE RESPONSABILIDAD 1 Nivel	 2 Nivel	Programado / Ejecutado ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
				P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
1	Verificación y seguimiento a la vigencia de los documentos del vehículo: SOAT, RCE, RC, Tecno mecánica)	Conductor	Residente SST	p	E	p	E	p	E	p		p		p		p		p		p		p		p		p	
2	Verificación del estado de vigencia de los documentos del conductor: Licencia de conducción, manejo defensivo y cursos respectivos	Conductor	Residente SST	p	E	p	E	p	E	p		p		p		p		p		p		p		p		p	
3	Seguimiento al correcto diligenciamiento del formato de inspección pre operacional	Conductor	Residente SST	p	E	p	E	p	E	p		p		p		p		p		p		p		p		p	
4	Inspección de equipos de carreteras y kit de emergencias " Extintor y Botiquín" a los vehículos en Operación.	Conductor	Residente SST	p	E	p	E	p	E	p		p		p		p		p		p		p		p		p	
5																											

	PROGRAMA DE CAPACITACIONES - TRANSMILENIO	SGI-PG-001
		V-3

PERIODO:	2024	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	22/04/2024	PROYECTO	MANTENIMIENTO TRANSMILENIO

Nº	TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	METODOLOGIA	POBLACION OBJETIVO	RESPONSABLE		FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROMEDIO DE PERSONAS CAPACITADAS	LUGAR	Tiempo de capacitaicon (hora)	Total horas capacitadas
CAPACITACIONES DEL SIG-SST																						
1	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SST	ORIENTAR AL PERSONAL CUANDO INGRESA A LA ORGANIZACIÓN	POLÍTICAS, DIRECTRICES, PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, PELIGROS, ASPECTOS AMBIENTALES, PROGRAMAS, ETC.	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL	COORDINADOR SST RESIDENTE SST	PYE	E	E	E	P	P	P	P	P	P	P	P	34		2	206
							N.PP	61	24	18												
							N.PC	61	24	18												
							N.PAV	61	24	18												
2	PREVENCIÓN DEL RIESGO FÍSICO	ENSEÑAR A LOS TRABAJADORES LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE VISIÓN, AUDICIÓN , TEMPERATURA Y RADIACIONES	PRACTICAS SEGURAS Y CUIDADOS FRENTE A EQUIPOS ELECTRÓNICOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS PARA LA VISIÓN Y AUDICIÓN, CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE PREVENCIÓN AUDITIVA Y VISUAL, RADIACIÓN	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL	ARL COLMENA	PYE						P							#¡DIV/0!		2	0
							N.PP															
							N.PC															
							N.PAV															
3	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MTTO, REPOSICION Y USO	FORTALECER CONOCIMIENTOS DE LA UTILIDAD DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL, PARA EVITAR ENFERMEDADES LABORES	FUNCIÓN DE LA UTILIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS EPP	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	PERSONAL OPERATIVO	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE											P		#¡DIV/0!		2	0
							N.PP															
							N.PC															
							N.PAV															
4	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	IDENTIFICAR LAS CONSECUENCIAS DE LLEVAR UNA VIDA DE VICIOS Y EXCESOS, ALTERNATIVAS Y SOLUCIONES DE VIDA SANA.	CONSECUENCIAS DE LOS EXCESOS, ACCIDENTES POR EL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CUERPO SANO, VIDA SANA.	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE			E										86		2	172
							N.PP			109												
							N.PC			86												
							N.PAV			86												
5	BRIGADAS INTEGRALES, PROTOCOLOS EN CASO DE UNA EMERGENCIA Y SIMULACROS, PRIMEROS AUXILIOS	ORIENTAR AL PERSONAL ACERCA DE LOS TIPOS DE FUEGO Y EL USO ADECUADO DE LOS EXTINTORES PARA EL CONTROL DE INCENDIOS. ORIENTAR AL PERSONAL EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN PRIMERA INSTANCIA. ORIENTAR AL PERSONAL EN EVACUACIÓN Y RESCATE.	TRIANGULO DE FUEGO, CLASES DE COMBUSTIBLES, CLASES DE EXTINTORES, COMO UTILIZAR UN EXTINTOR. PRIMEROS AUXILIOS RCP CAMILLAJE. PTO ENCUENTRO	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE							P					#¡DIV/0!		2	0
							N.PP															
							N.PC															
							N.PAV															
6	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO, AMBIENTALES Y DE DAÑO A LA PROPIEDAD, COMO REALIZAR UNA BUENA INVESTIGACIÓN.	ENSEÑAR A LOS TRABAJADORES COMO PREVENIR ACCIDENTES LABORALES, AMBIENTALES Y/O DE DAÑO A LA PROPIEDAD, Y COMO REALIZAR UN BUENA INVESTIGACIÓN QUE GENERE PLANES DE ACCIÓN EFECTIVOS.	QUE ES UN ACCIDENTE LABORAL, UN ACCIDENTE AMBIENTAL Y UNO CON DAÑO A LA PROPIEDAD. TIPOS DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE Y FORMAS DE REPORTE Y ANÁLISIS.ACTOS Y CONDICIONES SEGURAS	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE								P				#¡DIV/0!		4	0
							N.PP															
							N.PC															
							N.PAV															
7	PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO	ORIENTAR AL TRABAJADOR EN LAS PRACTICAS SEGURAS DE TRABAJOS PARA LAS TAREAS DE ALTO RIESGO	EQUIPOS DE PROTECCIÓN, MANTENIMIENTO, CERTIFICACIÓN DE EQUIPOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL INVOLUCRADO	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE				P										#¡DIV/0!		2	0
							N.PP															
							N.PC															
							N.PAV															
8	COMPORTAMIENTO VIAL Y MANEJO DEFENSIVO	FOMENTAR LAS CONDUCTAS SEGURAS EN LAS VÍAS POR PARTE DE LOS CONDUCTORES Y PEATONES	ESTÁNDAR DE SEGURIDAD VIAL, CONDUCTOR, VEHÍCULO, NO USO DE CELULARES, USO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD, LA CARGA, LOS PASAJEROS, LAS VÍAS, MONÓXIDO DE CARBONO.	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	PERSONAL OPERATIVO	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE									P				#¡DIV/0!		2	0
							N.PP															
							N.PC															
							N.PAV															
9	TRABAJOS EN ALTURAS	CAPACITAR AL PERSONAL EN TRABAJO EN ALTURAS- REENTRENAMIENTO	LEGISLACIÓN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS, RESCATE EN ALTURAS, USO E INSPECCIÓN EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS.	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	PERSONAL OPERATIVO QUE TRABAJE EN ALTURAS	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE					P								#¡DIV/0!		2	0
							N.PP															
							N.PC															
							N.PAV															
							PYE										P					

10	RIESGO ELECTRICO	SOCIALIZAR A LOS TRABAJADORES LA METODOLOGÍA DE TRABAJO SEGURO PARA LAS ACTIVIDADES QUE SE REALICEN CON ELECTICIDAD	TRABAJOS CON ELÉCTRICIDAD, T	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	PERSONAL OPERATIVO INVOLUCRADO	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	N.PP													#¡DIV/0!		2	0
							N.PC																					
							N.PAV																						
11	ESPACIOS CONFINADOS	CAPACITAR AL PERSONAL EN LA PREVENCIÓN DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	MARCO LEGAL Y RESOLUCIÓN 0491 DE 2020	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE	E													61		2	122
							N.PP	61																				
							N.PC	61																				
							N.PAV	61																				
12	PREVENCIÓN DEL RIESGO BIOMECÁNICO	CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE DESÓRDENES MUSCOLOESQUELÉTICOS	HIGIENE POSTURAL, MANEJO DE CARGAS	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE					P								#¡DIV/0!		2	0
							N.PP																				
							N.PC																				
							N.PAV																				
13	PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL	ORIENTAR A LOS TRABAJADORES EN LA PREVENCIÓN DEL ESTRÉS	TÉCNICAS DE MANEJO DEL ESTRÉS	SE REALIZA CAPACITACIÓN PRESENCIAL, CON EVALUACION TEÓRICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE								P					#¡DIV/0!		2	0
							N.PP																				
							N.PC																				
							N.PAV																				
14	COPASST Y COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	SOCIALIZAR LAS FUNCIONES Y LOS OBJETIVOS DE COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. Y CONVIVENCIA LABORAL	CUALES SON LAS FUNCIONES, COMO HACER GESTIÓN ANTE LA GERENCIA, MULTAS POR INCUMPLIMIENTO.	SE REALIZA CAPACITAICON PRESENCIAL, CON EVALUACION TEORICO PRACTICA	TODO EL PERSONAL	ARL COLMENA/RESIDENTE SST	PYE		E											71		2	142
							N.PP		85																		
							N.PC		71																		
							N.PAV		71																		
						PROGRAMADAS	P	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	24	25,0%		206	
						EJECUTADAS	E	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6				
						P. PROGRAMA	N.PP	61	85	109	0	0	0	0	0	0	0	0	23				
						P. CAPACITADAS	N.PC	61	71	86	0	0	0	0	0	0	0	0	20				
						P. APROVADO	N.PAV	61	71	86	0	0	0	0	0	0	0	0	20				

Abreviaturas: P: Programado; E: Ejecutado; N.PP: Personal Programado; N.PC: Personal capacitado; N.PAV; Personas que aprueban evaluacion.

ESTE PROGRAMA ESTA SUJETO A VARIACIONES EN LA PROGRAMACION Y CONTENIDOS DERIVADOS DE LAS NECESIDADES DE CLIENTE, LA ORGANIZACIÓN, LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA EFICACIA DEL PROGRAMA

LOS RECURSOS NECESARIOS SON: TIEMPO, EQUIPO DE COMPUTO, VIDEO BEAM, REFRIGERIOS, INCENTIVOS (EM CASO DE QUE SE REQUIERAN), SITIO DE CAPACITACIÓN CON SILLETERIA Y ESPACIO PARA TRABAJO EN GRUPO, FINANCIEROS (EN CASO DE REQUERIR CAPACITACIÓN TECNICA POR TERCEROS) Y OTROS REQUERIDOS SEGÚN SEA EL CASO.

AM&CIA CONSTRUCTORA	**PROGRAMA DE CALIBRACIÓN**	SIG-PG-004 V-2

OBJETIVO: Establecer las actividades necesarias para excelente funcionamiento de los equipos que por su naturaleza requieren ser calibrados

ALCANCE: Aplica a todas los equipos, maquinaria y herramienta necesarias para el desarrollo de las actividades.

RECURSOS: Técnicos, humanos, financieros

RESPONSABLE: Coordinador SST

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMA DE CALIBRACIÓN - TRANSMILENIO 2024

No	ACTIVIDAD PROGRAMADA	LÍNEA DE RESPONSABILIDAD		Programado / Ejecutado																							
		1 Nivel	2 Nivel	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
	DESCRIPCIÓN			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
1	Equipo medidor de gases (Equipo utilizado por el Contratista para realizar actividades en espacios confinados)	Contratista	Residente SST			p	E																				
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
				0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN PERIODO	1
TOTAL DE ACTIVIDADES EJECUTADAS EN PERIODO	1

ANEXO No. 13 COPASST

FORMATO ACTAS MENSUALES VIGIA

REUNIÓN MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTA No. 062

OBJETIVO : Divulgación y Promoción del SST.

(Definir objetivo a tratar en la reunión)

HORA : 2:00 pm

(Hora de inicio de la reunión)

En las instalaciones de la empresa AH3 SAS, a los 27 días del mes de Marzo del año 2024., se reunieron los señores, representantes de la empresa, para tratar el siguiente orden del día:

1. Llamado a lista y verificación del quórum
2. Lectura del acta anterior
3. Revisión de cumplimiento de tareas y responsabilidades (Según lo establecido en la lectura del acta anterior)
4. Desarrollo de los contenidos, incluyendo los acuerdos tomados.
5. Proposiciones y/o varios
6. Asignación de tareas y responsabilidades.
7. Fin de reunión.

Leído y puesto en consideración el orden del día, se dio por aprobado y se procedió a su desarrollo.

Powered by CamScanner

	AH3 SAS	DOC-REME-058
	ACTA DE REUNION MENSUAL SST	VERSION No 01
		EMISION: 03-03-2018
		NIT: 901101033-5

Asistentes (Relacionar los asistentes)

1. Juan P. Higuera.
2. Duvan Bedoya
3. Pablo Higuera
4. David Higuera.
5.
6.

Siendo las (hora 3 pm), se dio por terminada la reunión, para constancia firman.

Fecha y Hora Próxima reunión: 8 Mayo 2024 / 2:00 pm

David Higuera

DAVID STEVEN HIGUERA MESA
CC 1022433908
Vigía SST

LUIS ANDRES GOMEZ HIGUERA
Representante Legal
AH3 SAS

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

Powered by CamScanner

	FORMAS METALICAS MERCHAN S.A.S.	**REVISIÓN: 00**
		VERSIÓN: 02
	ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**INICIO DE VIGENCIA:** 17/11/2020

ACTA COPASST

FECHA: Abril 18 de 2024

ACTA N° 78

OBJETIVO: Evaluar COPASST

CAPACITADOR: MARIA FERNANDA MERCHAN PACHECO

PARTICIPANTES:

Nombre	Cargo
Fredy Inocencio Merchan Silva	Gerencia

ÓRDEN DEL DÍA

1. Revisar quórum
2. Seguimiento compromisos reunión anterior.
3. Analizar las condiciones actuales de Seguridad y Salud en el Trabajo
4. Compromisos para la próxima reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. Revisar quórum

Se revisa quórum, asiste Fredy Inocencio Merchan Silva y responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Maria Fernanda Merchan Pacheco.

2. Seguimiento compromisos reunión anterior

- Se realiza a los trabajadores capacitación de COPPAST Y COMITÉ DE COVIVENCIA LABORAL

3. Analizar las condiciones actuales de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Se realiza capacitación y evaluación de estilos de vida saludable, consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Powered by CamScanner

4. Compromisos para la próxima reunión

- Realizar una capacitación de refuerzo de estilos de vida saludable, consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Se anexa registro con las firmas del personal participante de esta sesión

Secretario (a):

Presidente (a):

PARTICIPANTES

Nombre	Cargo
Fredy Inocencio Merchan Silva	Gerencia
María Fernanda Merchan Pacheco	Coordinadora de Seguridad y Salud en el Trabajo

Powered by CamScanner

	ACTA DE REUNION DEL VIGIA	Código: SST-FT-036
		Fecha de emisión: 11/08/2021
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 01

ACTA DE REUNION DEL VIGÍA SST

Señores,
SARMIENTO DESING S.A.

Mediante la presente se realiza entrega el día 17 de abril del año 2024 las actividades realizadas por el Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo en el periodo del 17 de marzo al 17 de abril 2024, dando así cumplimiento a las responsabilidades contempladas en el Resolución 2013 de 1986, Decreto 1295 de 1994 y al Decreto 1072 del 2015 las cuales para el mes de marzo y abril del año 2024 fueron las siguientes:

Actividades

1. Seguimiento de acciones pendientes
2. Informe de accidentes ocurridos en el mes
3. Definición de fecha próxima de reunión
4. Cierre de la reunión

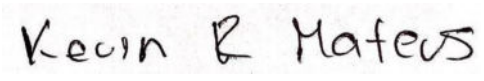
Compromisos a Realizar:

1. Realizar seguimiento de acciones a mejorar
2. Realizar informe si se presentan accidentes en el mes

Fecha: El día 17 de abril del año 2024.



MARITZA SARMIENTO
Firma (de quien revisa)
SARMIENTO DESING S.A.



KEVIN RAMIREZ MATEUS
Firma (Vigía)
SARMIENTO DESING S.A.

JARDINES Y JARDINEROS DEL SUMAPAZ	ACTAS DE REUNIONES Y COMUNICACIONES VIGIA SG-SST	VERSIÓN	SG-SST
		FECHA APROBACION	020 de febrero2019
		PAGINA	1 de 1

16 de abril 2024 siendo las 3pm se da inicio a la reunion mensual correspondiente al mes de abril. se hace verificacion del acta anterior donde se evidencian los compromisos generados para este periodo laboral y se evidencia que se dio cumplimiento a cabalidad a todas las exigencias realizadas. se informa periodo laboral sin incidentes o accidentes de trabajo, la unica novedad fue la del parcial 30 con el bastón articulado que interrumpio en el cruce de seguridad del puente por el peatonal para la realizacion de las actividades. en esta novedad se notifica a Doña Martha la importancia de hacer juego la especie retalmacer para cada auxiliar. para estos periodos se debe hacer el cronograma anual para la cuadrilla de sumideros y el cumplimiento con todo lo establecido para la jornada y dotacion a cumplimiento de la actividad y el buen uso de epps y señalizacion. para este siguiente mes se realizara cambio con el buen manejo que han llevado hasta el momento. y se programan mas inspecciones por el cumplimiento y responsabilidad con las jornadas. se quedan las buenas practicas para la ejecucion de las actividad para el buen desarrollo a lugar o area plazo. a que damos la participacion de todos y a las 4:30 pm del 16 de abril 2024 fecha en terminada la reunion.

FECHA Y HORA: _____

Martha L Ardila
NOMBRE DEL FUNCIONARIO
SG-SST

CLAUDIA SIERRA.
NOMBRE DEL FUNCIONARIO
SUPLENTE SG-SST