SNR **SUPERINTENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO**	"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)."	**CONSORCIO SEDE MARSAF**
	CONTRATO 2391 DE 2023	**PERIODO DEL INFORME:** 05/12/2023 –04/01/2024

INFORME MENSUAL

"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)."

CONTRATISTA: CONSORCIO SEDE MARSAF

INTERVENTORÍA: CONSORCIO INTERAGRUPACIONES

REALIZADO POR: JOSÉ LUIS OROS ACEVEDO

ENERO 2024

Contenido

INTRODUCCIÓN 3
1. OBJETIVO 4
1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4
2. GENERALIDADES DEL PROYECTO 5
2.1. LOCALIZACIÓN 5
2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 5
3. INFORMACIÓN DE CONTRATO 6
3.1. CONTRATO DE OBRA 6
3.2. GARANTÍAS DEL CONTRATO DE OBRA 7
3.2.1 POLIZAS DE LEGALIZACIÓN 7
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 8
4.1. PERSONAL EN OBRA 8
4.1.1. PERSONAL PROFESIONAL 8
4.2. ESTADO FINANCIERO 9
4.3. CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 9
4.3.1 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 1ER CORTE (30%) 9
4.3.2 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 2DO CORTE (30%) 11
4.3.3 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 3ER CORTE (30%) 12
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENRALES 14

INTRODUCCIÓN

Con el fin de "CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)." se suscribe el contrato 2391 de 2023, entre Superintendencia de notariado y registro y Consorcio sede MARSAF, con el propósito de continuar con la conservación y el mantenimiento de la infraestructura de los centros regionales a Nivel Nacional, específicamente en las sedes de: La Plata, Chaparral, Espinal, Melgar, Guaduas, La mesa, Pacho, Zipaquirá, Gacheta, Cachira y Chiquinquirá.

Con el fin de realizar la supervisión, seguimiento y control a las actividades, se evidencia el presente informe de avance mensual por Consorcio sede MARSAF a la Superintendencia de notariado y registro en la sede de Chaparral (Tolima) con una descripción y análisis de las actividades ejecutadas en el periodo.

1. OBJETIVO

Realizar el mantenimiento locativo, preventivo y correctivo a todo costo incluido, a los bienes que tiene en uso la unidad y los inmuebles donde funciona, ubicados en la sede de Chaparral (Tolima), sedes administrativas, centros regionales y puntos de atención de conformidad con el anexo no. 1 – especificaciones técnicas mínimas.

1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar diagnósticos de obra con el fin de determinar actividades a ejecutar
- Ejecutar las actividades de obra de acuerdo a las especificaciones técnicas mínimas y al cronograma de obra.
- Presentar balances de obra teniendo en cuenta los cambios que se pueden presentar en el desarrollo del contrato.
- Elaborar informes periódicos de avance en ejecución y control de obra con su respectivo registro fotográfico.

2. GENERALIDADES DEL PROYECTO

La Superintendencia de notariado y registro es una entidad pública, reconocida como una unidad administrativa especial con personería jurídica y patrimonio autónomo; cuenta con diferentes sedes regionales a nivel nacional.

2.1. LOCALIZACIÓN

La localización del proyecto corresponde a la sede la Superintendencia de notariado y registro de Chaparral, ubicada en la Carrera 10 No. 9 - 31 Chaparral (Tolima).



2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto tiene como objeto de "CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)", el cuál como se menciona, se realizará en las sedes del territorio nacional específicamente en 11 Sedes Regionales ubicadas en los departamentos de Huila, Tolima, Cundinamarca, Boyacá, Norte de Santander. Estas sedes se dividen tal como se indica en la siguiente tabla:

ZONA POR INTERVENIR	DEPARTAMENTOS DE ZONA
La plata	Huila
Chaparral	Tolima
Espinal	
Melgar	
Guaduas	Cundinamarca
La mesa	
Pacho	
Zipaquirá	
Gacheta	
Chiquinquirá	Boyacá
Cachira	Norte de Santander

3. INFORMACIÓN DE CONTRATO

3.1. CONTRATO DE OBRA

INFORMACIÓN DEL CONTRATO DE OBRA	
CONTRATO No.	2391 DE 2023
CONTRATISTA	CONSORCIO SEDE MARSAF
REPRESENTANTE LEGAL	MIGUEL ALEXANDER CERON MOLINA
NIT	901.762.215-4
OBJETO DEL CONTRATO	"CONTRATAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE AJUSTE A LAS OBRAS DE MANTENIMIENTO, ADECUACION YMEJORAMIENTO DE INMUEBLES DONDE FUNCIONAN OFICINAS DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS A NIVEL NACIONAL DIVIDIDA EN AGRUPACIONES (47 ORIP, CASA DE TIERRAS Y BODEGA FUNZA" 1)
VALOR INICIAL	$ 600.182.493,03
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	Dos (2) meses y Veinte (20) días
FECHA DE INICIO	05 DE DICIEMBRE0 DE 2023
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	25 DE FEBRERO DE 2024

3.2. GARANTÍAS DEL CONTRATO DE OBRA

3.2.1 POLIZAS DE LEGALIZACIÓN

Las pólizas de legalización fueron expedidas el 30 de octubre de 2023 por aseguradora solidaria de Colombia, tomadas por CONSORCIO SEDE MARSAF, como beneficiario la superintendencia de notariado y registro.

Póliza cumplimiento de contrato de obra: No. 340-47-994000049361 **Anexo 0**

Fecha de expedición 30 de octubre 2023

POLIZAS CONTRATO DE CUMPLIMIENTO PARA ENTIDADES ESTATALES			
AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO
CUMPLIMIENTO	26-10-2023	30-06-2024	$ 120.036.498,80
PRESTACIONES SOCIALES	26-10-2023	31-12-2026	$ 30.009.124,70
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	*Ver Nota Aclaratoria*		$ 120.036.498,80

NOTA ACLARATORIA: *el amparo de estabilidad otorgado mediante la presente póliza, tiene vigencia de (5) años, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de recibo y entrega final de la obra a entera satisfacción por parte de la entidad contratante, lo cual deberá ser reportado oportunamente y por escrito a aseguradora solidaria.*

Póliza RCE contrato de obra: No. 340-74-994000006525 Anexo 0
Fecha de expedición 30 de octubre 2023

POLIZAS CONTRATO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	26-10-2023	31-12-2023	$348.000.000,00

MODIFICACION ANEXO 0

Las pólizas de cumplimiento y responsabilidad civil extracontractual fueron modificada y expedidas el día 13 de diciembre de 2023 y el 01 de noviembre de 2023, por aseguradora solidaria de Colombia, tomadas por CONSORCIO SEDE MARSAF, como beneficiario la superintendencia de notariado y registro.

Póliza cumplimiento de contrato de obra: No. 340-47-994000049361 **Anexo 1**

Fecha de expedición 13 de diciembre 2023

POLIZAS CONTRATO DE CUMPLIMIENTO PARA ENTIDADES ESTATALES			
AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO
CUMPLIMIENTO	04-12-2023	30-06-2024	$ 120.036.498,80
PRESTACIONES SOCIALES	04-12-2023	31-12-2026	$ 30.009.124,70
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	*Ver Nota Aclaratoria*		$ 120.036.498,80

NOTA ACLARATORIA: *el amparo de estabilidad otorgado mediante la presente póliza, tiene vigencia de (5) años, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de recibo y entrega final de la obra a entera satisfacción por parte de la entidad contratante, lo cual deberá ser reportado oportunamente y por escrito a aseguradora solidaria.*

Póliza RCE contrato de obra: No. 340-74-994000006525 Anexo 1
Fecha de expedición 01 de noviembre 2023

POLIZAS CONTRATO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	26-10-2023	31-12-2023	$348.000.000,00

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. PERSONAL EN OBRA

4.1.1. PERSONAL PROFESIONAL

En la ejecución del proyecto se elabora con el siguiente personal de obra:

DIRECTOR DE OBRA	JUAN CARLOS MARIN
RESIDENTE DE OBRA	JOSE LUIS OROS ACEVEDO
RESIDENTE DE OBRA	MARIO LONDOÑO JIMÉNEZ
INSPECTOR DE OBRA	YOHAN CAMILO JIMÉNEZ ZUBIETA
SISO	ZAYDE SUAREZ ORTIZ

4.1.2. PERSONAL MANO DE OBRA CHAPARRAL

JAIME ANDRES CASTAÑO GONZALEZ	MAESTRO DE OBRA
JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	AYUDANTE DE OBRA
JOSE FARID ACHIPOZ	MAESTRO DE OBRA

4.2. ESTADO FINANCIERO

RELACIÓN ACTAS DE OBRA			
VALOR DEL CONTRATO		**$ 27.970.383,68**	
ACTA No	**% AVANCE**	**VALOR ACTA**	**ESTADO**
ACTA 1	30.00%	$8.391.115,10	En trámite
ACTA 2	30.00%	$8.391.115,10	En trámite
ACTA 3	30.00%	$8.391.115,10	En trámite
SALDO	**10%**	**$2.797.038,38**	**Pendiente a recibo de obra**

4.3. CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA

4.3.1 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 1ER CORTE (30%)

ITEM	DESCRIPCION	UN	CANT. CONTRACTUAL	CANT. PRESENTE ACTA	CANT. ACUMULADA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	VR. CAPITULO
ACTUALIZACION LICENCIAS (SI APLICA)								
1	**PRELIMINARES**							$ 1.554.804,00
1,02	DESMONTE DE CANALETA PLÁSTICA Y METÁLICA DE RED DE VOZ Y DATOS	m	0,00	0,0	0,00	$ 6.065,00	$ -	
1,03	DESMONTE DE PUNTO DE RED DE VOZ Y DATOS	un	0,00	0,0	0,00	$ 14.152,00	$ -	
1,04	DESMONTE DE CIELORRASO	m²	0,00	0,0	0,00	$ 9.430,00	$ -	
1,06	DESMONTE DIVISIÓN SOBRE MESÓN	m²	0,00	0,0	0,00	$ 9.155,00	$ -	
1,11	DESMONTE DE CUBIERTA	m²	96,00	90,0	90,00	$ 12.637,00	$ 1.137.330,00	
1,14	DESMONTE DE TANQUE DE ALMACENAMIETO DE AGUA POTABLE	un	0,00	0,0	0,00	$ 113.006,00	$ -	
1,20	DESMONTE DE PUERTA METÁLICA	un	0,00	0,0	0,00	$ 17.312,00	$ -	
1,21	DESMONTE DE PUERTA EN MADERA	un	0,00	0,0	0,00	$ 17.312,00	$ -	
1,25	DESMONTE DE DUCTOS DE AIRE ACONDICIONADO	m	0,00	0,0	0,00	$ 14.161,00	$ -	
1,43	DEMOLICIÓN DE ALISTADO DE PISO (E=3-6CM)	m²	0,00	0,0	0,00	$ 12.359,00	$ -	
1,45	DEMOLICIÓN DE MURO (E=15-25CM)	m²	0,00	0,0	0,00	$ 13.951,00	$ -	
1,47	REGATA SOBRE MURO+RESANE	m	0,00	0,0	0,00	$ 10.878,00	$ -	
1,57	PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA	glb	1,00	1,0	1,00	$ 417.474,00	$ 417.474,00	
2	**CARPINTERÍA EN MADERA**							$ -
2,14	HOJA PUERTA EN MADERA 76CM-110CM	un	0,00	0,00	0,00	$ 523.228,00	$ -	
2,18	CERRADURA DE POMO PARA OFICINA	un	0,00	0,00	0,00	$ 127.039,00	$ -	
3	**CARPINTERIA METALICA**							$ 0,00
3,08	VENTANA EN LÁMINA PERSIANA FIJA CAL. 20	m²	0,00	0,00	0,00	$ 310.702,00	$ -	
3,09	VENTANA EN LÁMINA CAL. 20 BATIENTE	m²	0,00	0,00	0,00	$ 268.280,00	$ -	
3,17	PUERTA EN VIDRIO TEMPLADO 10MM INCLUYE BISAGRA, MANIJA, CERRADURA Y PIVOTES	m²	0,00	0,00	0,00	$ 1.165.225,00	$ -	
4	**CIELORRASOS**							$ -
4,02	CIELORRASO EN FIBRA MINERAL 60CMX60CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 118.317,00	$ -	
6	**CUBIERTAS**							$ 4.613.860,00
6,02	CABALLETE FIJO TEJA FIBROCEMENTO	m	17,00	17,00	17,00	$ 60.200,00	$ 1.023.400,00	
6,05	TEJA DE FIBROCEMENTO P7 NO.5	m²	96,00	90,00	90,00	$ 39.894,00	$ 3.590.460,00	
6,21	FLANCHE EN LÁMINA GALVANIZADA CAL 22	m	30,00	0,00	0,00	$ 38.721,00	$ -	
7	**ENCHAPE DE MUROS**							$ -
7,03	RESANE	m²	60,00	0,00	0,00	$ 17.327,00	$ -	
7,04	BOQUILLA PARA CERÁMICA 2MM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 7.469,00	$ -	
7,06	CERÁMICA FORMATO 20X20CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 71.419,00	$ -	

10	**FACHADAS Y REVESTIMIENTOS**							**$ 0,00**
10,04	PINTURA PREMIUM DE MAXIMA RESISTENCIA Y DURABILIDAD PARA SUPERFICIES EXTERIORES EXPUESTAS A LA INTEMPERIE [2 MANOS]	m²	0,00	0,00	0,00	$ 17.811,00	$ -	
10,06	LAVADO DE FACHADA	m²	0,00	0,00	0,00	$ 15.379,00	$ -	
13	**PINTURAS**							**$ 288.523,46**
13,10	VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS	m²	404,69	13,81	13,81	$ 20.895,00	$ 288.523,46	
14	**PISOS**							**$ 0,00**
14,11	PISO GRES 30,5X30,5CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 62.117,00	$ -	
14,13	ALISTADO DE PISO 2CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 21.556,00	$ -	
16	**RED HIDRAULICA**							**$ 0,00**
16,03	TUBERÍA PVCP 3/4"	m	0,00	0,00	0,00	$ 14.996,00	$ -	
16,13	CAMBIO DE ARBOL Y FLOTADOR POR SISTEMA AHORRADOR	un	0,00	0,00	0,00	$ 129.681,00	$ -	
16,15	CAMBIO KIT REPUESTO FLUXÓMETRO	un	0,00	0,00	0,00	$ 294.062,00	$ -	
16,27	TANQUE CONICO DE POLIETILENO DE 1000 LT	un	1,00	0,00	0,00	$ 1.332.867,00	$ -	
19	**ASEO - SEÑALIZACIÓN**							**$ 0,00**
19,01	ASEO GENERAL DE OBRA	glb	2,00	0,00	0,00	$ 433.045,00	$ -	
	ACTVIDADES ADICIONALES							**$ -**
6,16	MORTERO DE NIVELACIÓN IMPERMEABILIZADO VIGA CANAL	ml	43,30	0,00	0,00	$ 23.371,00	$ -	
1,59	RECORRIDO DE CUBIERTA TEJA DE BARRO	m²	130,00			$ 19.268,00		
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							**$ 6.457.187,46**
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL ACTUALIZACIÓN DE LICENCIAS							
	OBRA (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	ADMINISTRACIÓN	%	23%					**$ 1.485.153,12**
	IMPREVISTOS	%	1%					**$ 64.571,87**
	UTILIDADES	%	5%					**$ 322.859,37**
	IVA SOBRE UTILIDADES	%	19%					**$ 61.343,28**
								8.391.115,10

4.3.2 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 2DO CORTE (30%)

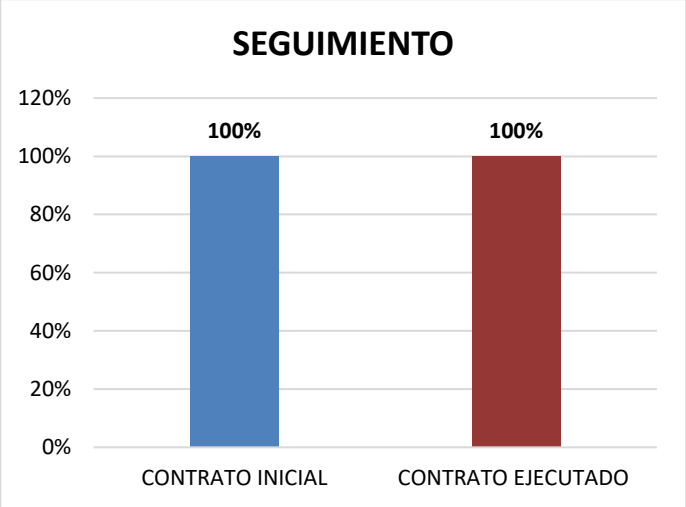
ITEM	DESCRIPCION	UN	CANT. CONTRACTUAL	CANT. PRESENTE ACTA	CANT. ACUMULADA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	VR. CAPITULO
ACTUALIZACION LICENCIAS (SI APLICA)								
1	**PRELIMINARES**							$ 75.822,00
1,02	DESMONTE DE CANALETA PLÁSTICA Y METÁLICA DE RED DE VOZ Y DATOS	m	0,00	0,0	0,00	$ 6.065,00	$ -	
1,03	DESMONTE DE PUNTO DE RED DE VOZ Y DATOS	un	0,00	0,0	0,00	$ 14.152,00	$ -	
1,04	DESMONTE DE CIELORRASO	m²	0,00	0,0	0,00	$ 9.430,00	$ -	
1,06	DESMONTE DIVISIÓN SOBRE MESÓN	m²	0,00	0,0	0,00	$ 9.155,00	$ -	
1,11	DESMONTE DE CUBIERTA	m²	96,00	6,0	6,00	$ 12.637,00	$ 75.822,00	
1,14	DESMONTE DE TANQUE DE ALMACENAMIETO DE AGUA POTABLE	un	0,00	0,0	0,00	$ 113.006,00	$ -	
1,20	DESMONTE DE PUERTA METÁLICA	un	0,00	0,0	0,00	$ 17.312,00	$ -	
1,21	DESMONTE DE PUERTA EN MADERA	un	0,00	0,0	0,00	$ 17.312,00	$ -	
1,25	DESMONTE DE DUCTOS DE AIRE ACONDICIONADO	m	0,00	0,0	0,00	$ 14.161,00	$ -	
1,43	DEMOLICIÓN DE ALISTADO DE PISO (E=3-6CM)	m²	0,00	0,0	0,00	$ 12.359,00	$ -	
1,45	DEMOLICIÓN DE MURO (E=15-25CM)	m²	0,00	0,0	0,00	$ 13.951,00	$ -	
1,47	REGATA SOBRE MURO+RESANE	m	0,00	0,0	0,00	$ 10.878,00	$ -	
1,57	PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA	glb	1,00	0,0	0,00	$ 417.474,00	$ -	
2	**CARPINTERÍA EN MADERA**							$ -
2,14	HOJA PUERTA EN MADERA 76CM-110CM	un	0,00	0,00	0,00	$ 523.228,00	$ -	
2,18	CERRADURA DE POMO PARA OFICINA	un	0,00	0,00	0,00	$ 127.039,00	$ -	
3	**CARPINTERIA METALICA**							$ 0,00
3,08	VENTANA EN LÁMINA PERSIANA FIJA CAL. 20	m²	0,00	0,00	0,00	$ 310.702,00	$ -	
3,09	VENTANA EN LÁMINA CAL. 20 BATIENTE	m²	0,00	0,00	0,00	$ 268.280,00	$ -	
3,17	PUERTA EN VIDRIO TEMPLADO 10MM INCLUYE BISAGRA, MANIJA, CERRADURA Y PIVOTES	m²	0,00	0,00	0,00	$ 1.165.225,00	$ -	
4	**CIELORRASOS**							$ -
4,02	CIELORRASO EN FIBRA MINERAL 60CMX60CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 118.317,00	$ -	
6	**CUBIERTAS**							$ 1.400.994,00
6,02	CABALLETE FIJO TEJA FIBROCEMENTO	m	17,00	0,00	0,00	$ 60.200,00	$ -	
6,05	TEJA DE FIBROCEMENTO P7 NO.5	m²	96,00	6,00	6,00	$ 39.894,00	$ 239.364,00	
6,21	FLANCHE EN LÁMINA GALVANIZADA CAL 22	m	30,00	30,00	30,00	$ 38.721,00	$ 1.161.630,00	
7	**ENCHAPE DE MUROS**							$ 1.039.620,00
7,03	RESANE	m²	60,00	60,00	60,00	$ 17.327,00	$ 1.039.620,00	
7,04	BOQUILLA PARA CERÁMICA 2MM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 7.469,00	$ -	
7,06	CERÁMICA FORMATO 20X20CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 71.419,00	$ -	
10	**FACHADAS Y REVESTIMIENTOS**							$ 0,00
10,04	PINTURA PREMIUM DE MAXIMA RESISTENCIA Y DURABILIDAD PARA SUPERFICIES EXTERIORES EXPUESTAS A LA INTEMPERIE [2 MANOS]	m²	0,00	0,00	0,00	$ 17.811,00	$ -	
10,06	LAVADO DE FACHADA	m²	0,00	0,00	0,00	$ 15.379,00	$ -	
13	**PINTURAS**							$ 2.972.726,46
13,10	VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS	m²	404,69	142,3	142,3	$ 20.895,00	$ 2.972.726,46	
14	**PISOS**							$ 0,00
14,11	PISO GRES 30,5X30,5CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 62.117,00	$ -	
14,13	ALISTADO DE PISO 2CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 21.556,00	$ -	
16	**RED HIDRAULICA**							$ 0,00
16,03	TUBERÍA PVCP 3/4"	m	0,00	0,00	0,00	$ 14.996,00	$ -	
16,13	CAMBIO DE ARBOL Y FLOTADOR POR SISTEMA AHORRADOR	un	0,00	0,00	0,00	$ 129.681,00	$ -	
16,15	CAMBIO KIT REPUESTO FLUXÓMETRO	un	0,00	0,00	0,00	$ 294.062,00	$ -	
16,27	TANQUE CONICO DE POLIETILENO DE 1000 LT	un	1,00	0,00	0,00	$ 1.332.867,00	$ -	

19	ASEO - SEÑALIZACIÓN							$ 0,00
19,01	ASEO GENERAL DE OBRA	glb	2,00	0,00	0,00	$ 433.045,00	$ -	
	ACTVIDADES ADICIONALES							$ -
6,16	MORTERO DE NIVELACIÓN IMPERMEABILIZADO VIGA CANAL	ml	43,30	0,00	0,00	$ 23.371,00	$ -	
1,59	RECORRIDO DE CUBIERTA TEJA DE BARRO	m²	130,00	0,00	0,00	$ 19.268,00		
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							$ 5.489.162,46
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL ACTUALIZACIÓN DE LICENCIAS							
	OBRA (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	ADMINISTRACIÓN	%	23%					$ 1.262.507,37
	IMPREVISTOS	%	1%					$ 54.891,62
	UTILIDADES	%	5%					$ 274.458,12
	IVA SOBRE UTILIDADES	%	19%					$ 52.147,04
								7.133.166,61
	VALOR TOTAL OBRA							

4.3.3 CANTIDAD DE OBRA EJECUTADA 3ER CORTE (30%)

ITEM	DESCRIPCION	UN	CANT. CONTRACTUAL	CANT. PRESENTE ACTA	CANT. ACUMULADA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	VR. CAPITULO
	ACTUALIZACION LICENCIAS (SI APLICA)							
1	PRELIMINARES							$ -
1,02	DESMONTE DE CANALETA PLÁSTICA Y METÁLICA DE RED DE VOZ Y DATOS	m	0,00	0,0	0,00	$ 6.065,00	$ -	
1,03	DESMONTE DE PUNTO DE RED DE VOZ Y DATOS	un	0,00	0,0	0,00	$ 14.152,00	$ -	
1,04	DESMONTE DE CIELORRASO	m²	0,00	0,0	0,00	$ 9.430,00	$ -	
1,06	DESMONTE DIVISIÓN SOBRE MESÓN	m²	0,00	0,0	0,00	$ 9.155,00	$ -	
1,11	DESMONTE DE CUBIERTA	m²	96,00	0,0	0,00	$ 12.637,00	$ -	
1,14	DESMONTE DE TANQUE DE ALMACENAMIETO DE AGUA POTABLE	un	0,00	0,0	0,00	$ 113.006,00	$ -	
1,20	DESMONTE DE PUERTA METÁLICA	un	0,00	0,0	0,00	$ 17.312,00	$ -	
1,21	DESMONTE DE PUERTA EN MADERA	un	0,00	0,0	0,00	$ 17.312,00	$ -	
1,25	DESMONTE DE DUCTOS DE AIRE ACONDICIONADO	m	0,00	0,0	0,00	$ 14.161,00	$ -	
1,43	DEMOLICIÓN DE ALISTADO DE PISO (E=3-6CM)	m²	0,00	0,0	0,00	$ 12.359,00	$ -	
1,45	DEMOLICIÓN DE MURO (E=15-25CM)	m²	0,00	0,0	0,00	$ 13.951,00	$ -	
1,47	REGATA SOBRE MURO+RESANE	m	0,00	0,0	0,00	$ 10.878,00	$ -	
1,57	PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA	glb	1,00	0,0	0,00	$ 417.474,00	$ -	
2	CARPINTERÍA EN MADERA							$ -
2,14	HOJA PUERTA EN MADERA 76CM-110CM	un	0,00	0,00	0,00	$ 523.228,00	$ -	
2,18	CERRADURA DE POMO PARA OFICINA	un	0,00	0,00	0,00	$ 127.039,00	$ -	
3	CARPINTERIA METALICA							$ -
3,08	VENTANA EN LÁMINA PERSIANA FIJA CAL. 20	m²	0,00	0,00	0,00	$ 310.702,00	$ -	
3,09	VENTANA EN LÁMINA CAL. 20 BATIENTE	m²	0,00	0,00	0,00	$ 268.280,00	$ -	
3,17	PUERTA EN VIDRIO TEMPLADO 10MM INCLUYE BISAGRA, MANIJA, CERRADURA Y PIVOTES	m²	0,00	0,00	0,00	$ 1.165.225,00	$ -	
4	CIELORRASOS							$ -
4,02	CIELORRASO EN FIBRA MINERAL 60CMX60CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 118.317,00	$ -	

6	**CUBIERTAS**							**$ -**
6,02	CABALLETE FIJO TEJA FIBROCEMENTO	m	17,00	0,00	0,00	$ 60.200,00	$ -	
6,05	TEJA DE FIBROCEMENTO P7 NO.5	m²	96,00	0,00	0,00	$ 39.894,00	$ -	
6,21	FLANCHE EN LÁMINA GALVANIZADA CAL 22	m	30,00	0,00	0,00	$ 38.721,00	$ -	
7	**ENCHAPE DE MUROS**							**$ -**
7,03	RESANE	m²	60,00	0,00	0,00	$ 17.327,00	$ -	
7,04	BOQUILLA PARA CERÁMICA 2MM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 7.469,00	$ -	
7,06	CERÁMICA FORMATO 20X20CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 71.419,00	$ -	
10	**FACHADAS Y REVESTIMIENTOS**							**$ -**
10,04	PINTURA PREMIUM DE MAXIMA RESISTENCIA Y DURABILIDAD PARA SUPERFICIES EXTERIORES EXPUESTAS A LA INTEMPERIE [2 MANOS]	m²	0,00	0,00	0,00	$ 17.811,00	$ -	
10,06	LAVADO DE FACHADA	m²	0,00	0,00	0,00	$ 15.379,00	$ -	
13	**PINTURAS**							**$ 2.947.394,46**
13,10	VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS	m²	404,69	141,06	141,06	$ 20.895,00	$ 2.947.394,46	
14	**PISOS**							**$ -**
14,11	PISO GRES 30,5X30,5CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 62.117,00	$ -	
14,13	ALISTADO DE PISO 2CM	m²	0,00	0,00	0,00	$ 21.556,00	$ -	
16	**RED HIDRAULICA**							**$ -**
16,03	TUBERÍA PVCP 3/4"	m	0,00	0,00	0,00	$ 14.996,00	$ -	
16,13	CAMBIO DE ARBOL Y FLOTADOR POR SISTEMA AHORRADOR	un	0,00	0,00	0,00	$ 129.681,00	$ -	
16,15	CAMBIO KIT REPUESTO FLUXÓMETRO	un	0,00	0,00	0,00	$ 294.062,00	$ -	
16,27	TANQUE CONICO DE POLIETILENO DE 1000 LT	un	0,00	0,00	0,00	$ 1.332.867,00	$ -	
19	**ASEO - SEÑALIZACIÓN**							**$ -**
19,01	ASEO GENERAL DE OBRA	glb	2,00	0,00	0,00	$ 433.045,00	$ -	
	ACTVIDADES ADICIONALES							**$ 3.509.793,00**
6,16	MORTERO DE NIVELACIÓN IMPERMEABILIZADO VIGA CANAL	ml	43,30	43,00	43,00	$ 23.371,00	$ 1.004.953,00	
1,59	RECORRIDO DE CUBIERTA TEJA DE BARRO	m²	130,00	130,00	130,00	$ 19.268,00	$ 2.504.840,00	
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	COSTOS INDIRECTOS							**$ 6.457.187,46**
	IVA	%	16					
	VALOR TOTAL ACTUALIZACIÓN DE LICENCIAS							
	OBRA (SI APLICA)							
	TOTAL COSTO DIRECTO							
	ADMINISTRACIÓN	%	**23%**					**$ 1.485.153,12**
	IMPREVISTOS	%	**1%**					**$ 64.571,87**
	UTILIDADES	%	**5%**					**$ 322.859,37**
	IVA SOBRE UTILIDADES	%	**19%**					**$ 61.343,28**
								8.391.115,10
	VALOR TOTAL OBRA							



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENRALES

- A la fecha de corte del presente informe se cuenta con un avance ejecutado del 100% de las actividades, encontrándose así un 0% por encima de lo programado teniendo en cuenta el programado con un porcentaje del 100%. Así, se evidencia que por parte del **CONSORCIO SEDE MARSAF** se realizar un buen seguimiento y control en la ejecución de la obra y una organización en obra que favorece el avance de la ejecución de este.

- Todas las actividades de obra se ejecutaron cumpliendo con las especificaciones técnicas de obra.

- Por parte del contratista se ejecutaron todas las actividades contractuales, realizando entrega a interventoría, donde se recibieron a satisfacción.

ANEXOS

ANEXO 1. Registros fotográficos

REGISTRO FOTOGRAFICO (SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO EN LA SEDE CHAPARRAL-TOLIMA)



FOTO 1. DESMONTE DE CUBIERTA



FOTO 2. DESMONTE DE CUBIERTA



FOTO 3. PROTECCIÓN DE MOBILIARIO DURANTE LA OBRA

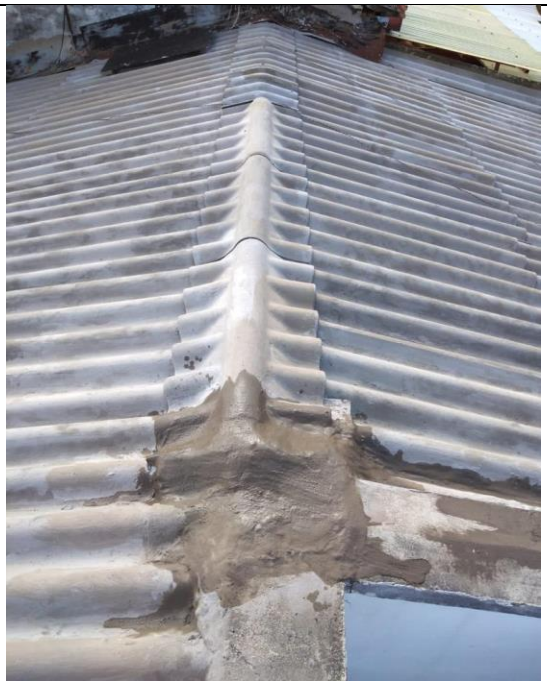


FOTO 4. CABALLETE FIJO TEJA FIBROCEMENTO



FOTO 5. TEJA DE FIBROCEMENTO P7 NO.5



FOTO 6. TEJA DE FIBROCEMENTO P7 NO.5



FOTO 7. VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS



FOTO 8. VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS



FOTO 9. VINILO TIPO 1 MANOS 3 MANOS



FOTO 10. FLANCHE EN LÁMINA GALVANIZADA CAL 22



FOTO 11. RESANE



FOTO 12. RESANE



FOTO 13. MORTERO DE NIVELACIÓN IMPERMEABILIZADO VIGA CANAL



FOTO 14. MORTERO DE NIVELACIÓN IMPERMEABILIZADO VIGA CANAL



FOTO 15. RECORRIDO DE CUBIERTA TEJA ONDULADA



FOTO 16. RECORRIDO DE CUBIERTA TEJA ONDULADA

INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MANEJO AMBIENTAL

CONDICIONES ADICIONALES DEL CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023, SUSCRITO ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIO Y REGISTRO NIT: 899.999.007-0 Y EL CONSORCIO SEDE MARSAF IDENTIFICADO NIT: 901.762.215-4

ZAYDE SUAREZ ORTIZ
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo
CONSORCIO SEDE MARSAF

PERIODO:
05 de diciembre del 2023 hasta el 04 de enero del 2024

1. INTRODUCCIÓN

CONSORCIO SEDE MARSAF, diseñó y estructuró el Plan de Gestión en Seguridad y Saluden el Trabajo y el Plan de Gestión Ambiental para el Contrato de obra N° 2391 de 2023, con el fin de promover, mantener y mejorar las condiciones de los trabajadores, preservando el estado de salud, físico, mental y social. De igual manera la prevención de accidentes y enfermedades laborales, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

Según las actividades ejecutadas en obra, en el periodo comprendido desde el 05 de diciembre de 2023 hasta el 04 de enero del 2024, el **CONSORCIO SEDE MARSAF** participaen el proceso de las actividades del SG-SST y de manejo ambiental, vinculando a los trabajadores contratistas y partes interesadas, en la implementación del mismo, estableciendo las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) según el Decreto 1072 de 2015.

2. OBJETIVO

Vigilar, controlar y apoyar de forma eficaz y oportuna las acciones de Seguridad y Salud en el Trabajo y medio ambiente para el Proyecto del Contrato No 383-23 a cargo del **CONSORCIO SEDE MARSAF.**

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I. Realizar seguimiento a los subcontratistas en el pago oportuno de las Prestaciones Sociales del personal vinculado para la ejecución de la obra, dentro de los períodos y plazos estipulados por la Ley.
II. Identificar, evaluar e intervenir los factores de riesgo que puedan afectar la salud e integridad de las personas que laboran en el proyecto.
III. Ejecutar actividades de promoción y prevención que permitan mejorar las condiciones de trabajo, seguridad y salud de los trabajadores.
IV. Apoyar el proceso de capacitación de los trabajadores en cada uno de losriesgos identificados y la forma de controlarlos y mitigarlos.
V. Cumplir con los lineamientos del Protocolo de Bioseguridad.

VI. Dar cumplimiento a la normatividad legal vigente, que regula los distintos aspectos en Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambientales dentro del proyecto.

3. RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN EL PROYECTO CONTRATO No 383-23

La responsabilidad para la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo está en cabezade la Alta dirección de la empresa, se han asignado responsabilidades dentro de los cargos cuya actuación tienen injerencia directa sobre la Gestión de la Seguridad y Saluden el Trabajo.

CARGO	RESPONSABILIDADES
GERENTE	Suministrar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades del SG-SST.
	Asignar y comunicar responsabilidades a los trabajadores en seguridad y salud en el trabajo dentro del marco de sus funciones.
	Garantizar la supervisión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Garantizar la disponibilidad de personal competente para liderar y controlar el desarrollo de la seguridad y salud en el trabajo.
	Garantizar un programa de inducción y entrenamiento para los trabajadores que ingresen a la empresa, independientemente de su forma de contratación y vinculación.
	Garantizar un programa de capacitación acorde con las necesidades específicas detectadas en la identificación de peligros, evaluación y Valoración de riesgos.

CARGO	RESPONSABILIDADES
RESIDENTE DE OBRA/JEFE DE ÁREA	Participar en la actualización de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos
	Informar sobre las necesidades de capacitación y entrenamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo.
	Promover la comprensión de la política en los trabajadores.
	Participar en las inspecciones de seguridad.

CARGO	RESPONSABILIDADES
COORDINADORA SST	Informar a la alta dirección sobre el funcionamiento y los resultados del SG-SST.
	Promover la participación de todos los trabajadores de la empresa en la implementación del SG-SST.
	Elaboración y/o actualización de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y hacer la priorización para focalizar la intervención.
	Promover la comprensión de la política en todos los niveles de la organización.
	Gestionar los recursos para cumplir con el plan de Seguridad y Salud en el Trabajo y hacer seguimiento a los indicadores.

CARGO	RESPONSABILIDADES
	Coordinar las necesidades de capacitación en materia de prevención según los riesgos prioritarios.
	Apoyar la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo
	Participar de las reuniones del COPASST
	Implementación y seguimiento del SG-SST.

CARGO	RESPONSABILIDADES
TRABAJADORES CONTRATISTAS	Conocer y tener clara la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
	Procurar el cuidado integral de su salud
	Suministrar información clara, completa y veraz sobre su estado de salud
	Cumplir las normas de seguridad e higiene propias de la empresa.
	Participar en la prevención de riesgos laborales mediante las actividades que se realicen en la empresa.
	Informar las condiciones de riesgo detectadas al jefe inmediato
	Reportar inmediatamente todo accidente de trabajo o incidente. Cumplir con los lineamientos ambientales

4. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el periodo del presente informe, se realizó la verificación del pago de Seguridad Social correspondiente por medio de la Planilla de pago. De igual forma se verificó la afiliación al SSSI del nuevo personal, revisando que estas personas cuenten con la documentación reglamentaria vigente.

A los contratistas se les exige el cumplimiento de la normatividad vigente en este aspecto, es por esto que actualmente envían la documentación requerida, la cual permanece en el archivo de la oficina.

***Anexo 1**. Soporte de afiliaciones de seguridad social.*

4.1 PERSONAL EN OBRA:

Para la ejecución de las actividades programadas, se empleó mano de obra por parte del subcontratista vinculado al Proyecto Contrato No 2391 de 2023 del **CONSORCIO SEDE MARSAF**.

CONTRATISTA	SEDES	N° DE TRABAJADORES
JOSE OROS	LA MESA	3
	LA PLATA	2
	MELGAR	4
	CHIQUINQUIRA	3
	ESPINAL	4
	GUADUAS	3
	ZIPAQUIRA	2
	CHAPARRAL	3
	TOTAL PERSONAL	**24**

TOTAL DE PERSONAL EN GENERAL	24

Anexo 2*. Consolidado del personal de obra.*

5. INDUCCIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el periodo del 04 de noviembre al 20 de diciembre de 2022, se realizó inducción de seguridad y salud en el trabajo al personal nuevo al proyecto Contrato No 1374 de 2022.

Anexo 3. Soporte de inducciones por sede.

6. CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Los contratistas vinculados al Proyecto Contrato No 2391 de 2023 aplicaron las actividades de capacitación de **CONSORCIO SEDE MARSAF**, teniendo como propósito el desarrollo de habilidades y capacidades de todo el personal con el fin de formar un talento humano más competente y hábil. Además, se busca promocionar la salud, el autocuidado, prevenir enfermedades laborales y la materialización de riesgos.

Más allá de esto, se buscó estimular el interés de todos los colaboradores acerca de los beneficios de aplicar el sistema de gestión en SST, incentivar la participación en las diferentes actividades sobre: autocuidado, factores de riesgo y condiciones inseguras, busca mejorar el clima laboral, la productividad, la salud física y mental, y mejorar la capacidad de los trabajadores para identificar y reportar factores de riesgos presentes en su labor.

Anexo 4. Soportes de capacitaciones

7. DOTACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

La entrega de elementos de protección personal es un requisito fundamental y obligatorio en el proyecto Contrato No 2391 de 2023. Es necesario que todo el personal de obra tenga y porte dichos elementos durante toda la jornada laboral y que el uso sea el adecuado para cumplir con las normas de seguridad. Por lo cual se verificó la entrega de estos por parte de los subcontratistas.

Anexo 5. Soporte de control de entrega de EPP.

8. INSPECCIONES EN SST

Las inspecciones realizadas por los contratistas son con el fin de identificar los peligros que puedan afectar la integridad física de los trabajadores.

Anexo 6. Soporte de inspección SST.

9. MANEJO DE EQUIPOS

En las obras del Proyecto operaron equipos eléctricos como pulidoras, taladros.

Anexo 7. Pre operacional de equipos eléctricos.

Los operarios diligenciaron el respectivo formato de inspección pre operacional, en pro de garantizar el buen funcionamiento de estos y su operación segura.

10. ACTIVIDADES DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS:

Se realiza actividades de trabajo seguro en alturas solo en la sede de Chaparral, instalación de lamina para cubierta. El personal diligencia los permisos y las ATS de trabajo en alturas.

Anexo 8. *Soporte de Permisos y ATS-.*

11. ACCIDENTES E INVESTIGACIONES DE ACCIDENTES DE TRABAJO

En el periodo, se presentó cero (0) accidentes de trabajo por tanto la taza de accidentalidad es 0%.

INDICADOR	FÓRMULA
Severidad de accidentalidad	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100
Frecuencia de accidentalidad	Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100
Ausentismo por causa médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100

Indicadores mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo - Resolución 0312 de 2019

INDICADOR*	LA MESA	LA PLATA	MELGAR	CHIQUINQUIRA	ESPINAL
Severidad de accidentalidad	0	0	0	0	0
Frecuencia de accidentalidad	0	0	0	0	0
Ausentismo por causa médica	0	0	0	0	0

INDICADOR*	ZIPAQUIRA	CHAPARRAL	GUADUAS
Severidad de accidentalidad	0	0	0
Frecuencia de accidentalidad	0	0	0
Ausentismo por causa médica	0	0	0

12. ACTIVIDADES MANEJO AMBIENTAL

12.1 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS EN OBRA

Los Proyectos del Contrato No 1374 de 2022 cuenta en sus diferentes etapas de desarrollo, es responsable de velar por los pasos y acciones ejecutadas en el manejo de residuos sólidos.

Se desarrollaron actividades de gestión ambiental para el manejo de residuos sólidos encaminadas a prevenir impactos en el paisaje del área del proyecto, así como de su entorno inmediato. Es necesario desarrollar buenas prácticas ambientales a fin de impulsar una actividad constructiva en armonía con el ambiente, para lo cual se tuvo en cuenta.

12.2 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS ORDINARIOS

Se encuentra punto ecológico en las sedes donde se encuentra ubicados los proyectos en cada región, los cuales son utilizados para disposición de residuos sólidos según las indicaciones de los colores reglamentarios.

12.3 LIMPIEZA EN SITIO DE OBRA

Los lugares de trabajo permanecieron limpios y ordenados, esto con el fin de optimizar el uso del espacio, mejorar la eficiencia del trabajo, evitar problemas sanitarios y en general, por conservar un entorno más seguro para toda la población vinculada directa o indirectamente a los proyectos.

Actividades realizadas:

- Limpieza en los frentes
- Limpieza y retiro de residuos, disposición adecuada en el Shut de las sedes donde se ubican los proyectos.

CONTRATISTA	CENTRO REGIONAL	TIPO DE RESIDUOS	CANT. (KG)
CONSORCIO	LA MESA	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	LA PLATA	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	MELGAR	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	CHIQUINQUIRA	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	ESPINAL	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	GUADUAS	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	ZIPAQUIRA	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0
		NO APROVECHABLES	0
	CHAPARRAL	APROVECHABLES	1
		ORGANICOS APROVECHABLES	0

13. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID-19

13.1 LAVADO DE MANOS

El personal contratista vinculado a los proyectos, realiza lavado de manos de manera frecuente, dando cumplimiento a las medidas de prevención y con el fin de mitigar el contagio del virus COVID 19.

13.2 DISTANCIAMIENTO FÍSICO

CONSORCIO SEDE MARSAF, está comprometida a garantizar la Salud y la Seguridad de los trabajadores, manteniendo en el lugar de trabajo el distanciamiento social de persona a persona en las áreas sociales como el comedor, cuartos de cambio y en lo posible en los frentes de obra.

14. CONCLUSIONES

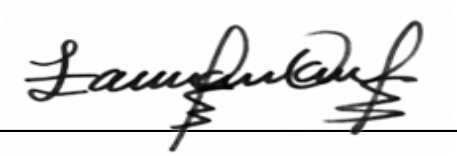
- Durante el periodo se socializando al personal de obra las medidas de SST implementadas por parte del CONSORCIO SEDE MARSAF, con el fin de promover y mantener comportamientos seguros durante la ejecución de las actividades diarias.

- Se realizó la retroalimentación por medio de charlas de sensibilización por parte de los inspectores SST de los contratistas al personal de obra del uso obligatorio de los elementos de protección personal de acuerdo al nivel de riesgo y su exposición.

- La prevención frente al Covid 19 se retroalimento por medio de charlas de sensibilización sobre el lavado de manos, distanciamiento y autocuidado. Durante el proceso constructivo en este periodo hubo cero (0) contagios y ceros (0) casos sospechosos en el proyecto de obra.

- Se continuaron con las medidas de manejo ambiental previstas, para el cumplimiento de la normatividad legal vigente. De igual manera se contempla dentro de las actividades de obra el inicio del proceso de limpieza y recolección de residuos en los frentes de obras.

ELABORO:



ZAYE SUAREZ ORTIZ
Profesional SST
CONSORCIO
SEDE MARSAF

CONSORCIO SEDE MARSAF

CONSORCIO SEDE MARSAF

BASE DE DATOS DE PERSONAL

NOMBRE DEL PROYECTO:	CONTRATO N° 2391-2023	CIUDAD:	CHAPARRAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	IDENTIFICAR SI EL TRABAJADOR ES DE LA REGION		CIUDAD	EPS	ARL	AFP	EXAMEN DE INGRESO				CERTIFICADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			FECHA INGRESO A LA OBRA	FECHA RETIRO DE LA OBRA
				SI	NO					SI	NO	BASICO	ENFASIS EN T.S.A	SI	NO	FECHA		
1	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	1.106.791.262	OFICIAL	X		CHAPARRAL	NUEVA EPS	SURA	PORVENIR	X			X		X		2212/2023	5/01/2024
2	JAIME ANDRES CASTAÑO GONZALEZ	14.135.246	AYUDANTE	X		CHAPARRAL	NUEVA EPS	SURA	PORVENIR	X			X		X		22/12/2023	5/01/2024
3	JOSE FARDI ACHIPIZ	1.075.213.531	OFICIAL	X		CHAPARRAL	SANITAS	SURA	PROTECCION	X			X	X		28/12/2023	28/12/2023	5/01/2024

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/922
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 16/12/2023

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



Nombre: JAIME ANDRES CASTAÑO GONZALEZ
PESO: 72 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT. 1.026.275.607-6
EPS: NUEVA EPS

Identificación: 14.135.246
Edad: 40 AÑOS
Género: M
Cargo: AYUDANTE

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

*OPTOMETRIA [X]	*GLICEMIA [X]	*RADIOGRAFÍA [ ]
*AUDIOMETRIA [X]	*COLESTEROL [X]	*ELECTROCARDIOGRAMA [ ]
*ESPIROMETRIA [X]	*TRIGLICERIDOS [X]	*OTRO _____
*PRUEBA DE EQUILIBRIO ESTABLE [X] INESTABLE [ ]		
*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL [X]	*OSTEOMUSCULAR NORMAL [X]	
*NECROLÓGICO NORMAL [X]	NORMAL [ ]	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

*APTO PARA EL CARGO [X]	*APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X]	*APTO CON RESTRICCIONES [ ]
*NO APTO [ ]		

*OBSERVACIONES _____

EXAMEN PERIODICO

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

*OBSERVACIONES _____

EXAMEN DE EGRESO

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

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 14.135.246

Apellidos
CASTAÑO GONZALEZ

Nombres
JAIME ANDRES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.77

Sexo
M

Fecha de nacimiento
07 JUL 1983

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
13 NOV 2001, IBAGUE

Firma

Fecha de expiración
10 AGO 2033


.CO

029487907

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL029487907429001<<<<<<<<<<<
8307071M3308109COL14135246<<<0
CASTANO<GONZALEZ<<JAIME<ANDRES

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN: X — B. REPORTE DE NOVEDAD:
2. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante: X — B. Beneficiario UPC adicional: — C. Independiente: — D. Pensionado: — E. Voluntario: — F. Temporal: — G. Aportante: — H. Concejal: — I. Otro cual:
3. REGIMEN: A. Contributivo: X — B. Especial: — C. Excepción: — D. Subsidiado:
4. TIPO DE COTIZANTE: X
5. SUBTIPO DE COTIZANTE:
6. MODALIDAD: A. Cabeza de Familia: — B. Dependiente: X — C. Independiente: — D. Pensionado:
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD: 15 12 2023

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

A. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castaño	Gonzalez	Jaime	Andres

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
8. NÚMERO DE IDENTIDAD: 14.135.246
9. SEXO: X
10. FECHA NACIMIENTO: 07 07 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. OCUPACIÓN: — 12. PUESTO PUBLICO QUE OCUPA: — 13. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL: — 14. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: — 16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: — 18. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Transversal 16N 45d-63 — 19. CIUDAD: Bogotá — 20. DEPARTAMENTO: Bogotá — 21. TELEFONO FIJO: 6624257 — 22. TELEFONO CELULAR: 3208651470 — 23. CORREO ELECTRONICO: — 24. CORREO EPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario del núcleo familiar

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	2. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	3. NÚMERO DE IDENTIDAD	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO	6. PARENTESCO

7. DATOS DE RESIDENCIA

Dirección	Barrio	Teléfono	Ciudad	Departamento

8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS — 9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 10. NÚMERO DE IDENTIDAD — 11. SEXO — 12. FECHA NACIMIENTO — 13. PARENTESCO

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE GRUPO

1. Razón Social	2. Tipo de Identificación	3. Número de Identificación	4. Dígito de Verificación	5. Clase de Aportante
Jose Luis Oros Acevalo	X	1026275607		

6. Dirección	7. Barrio	8. Ciudad	9. Departamento	10. Teléfono	11. Correo Electrónico
Calle 26 B N 17-04	Tame	Arauca		3212145252	Josoros18@hotmail.com

12. Fecha Ingreso Laboral: 15 12 2023 — 13. Cargo: obrero — 14. Salario: 1.160.000

VI. REPORTE DE NOVEDADES

1. Tipo de Novedad	2. Información Corregida	3. Tipo de Cotizante	4. Subtipo de Cotizante	5. Modalidad	6. Ingreso Base de Cotización	7. Días Cotizados	8. Salario Básico	9. Salario Integral	10. Fecha Inicio Novedad	11. Fecha Fin Novedad

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

2. Tipo Documento de Identidad	3. Número Documento de Identidad	4. Sexo	5. Fecha Nacimiento

6. Fecha Ingreso	7. EPS Anterior	8. Número de Folio	9. Caja de Compensación Familiar o Fondo de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

IX. FIRMAS

34. Firma y sello del cotizante: Jaime Castaño. — 35. Firma y sello del empleador o representante legal: Jose Oros

X. ANEXOS

Tipo	Cantidad	Tipo	Cantidad	Tipo	Cantidad

nueva eps

15 DIC 2023

NOMBRE: LRB AGENTES
CLAVE ASESOR: C1621
REGIONAL: LLANOS

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

36. Identificación de la Entidad Territorial: — 37. Datos del SISBEN: — 38. Datos del cónyuge o compañero(a) permanente: — 39. Datos del representante legal de la entidad territorial:

Código del Municipio	Código del Departamento	Número de Folio	Puntaje	Tipo Documento de Identidad	Número de Identificación	Fecha del Documento de Identidad

OBSERVACIONES: Nuevo - PA.

Medellín, 14 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C14135246	CASTAÑO GONZALEZ JAIME ANDRES	15/12/2023		31244y15	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/12/2023 17:18:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.148, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JAIME ANDRES CASTAÑO GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **14.135.246**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Fortaleciendo nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (X) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso:
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el término mes: SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MES DIA

SGS COLOMBIA

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: (CC) TI CE RC — Lugar y fecha de expedición: 13/11/2001 IBAGUE
14135246

MARQUE: X = CAUSAL NO ACEPTACIÓN; I =

Primer apellido: CASTAÑO
Segundo apellido: GONZALEZ
Nombres: JAIME ANDRES
Fecha de Nacimiento: 1983 AÑO 07 MM 07 DD
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: Transversal 16 #45d - 63
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2023 AÑO 12 MM 15 DD		OBRERO	1160000

Tipo de contrato: INDEFINIDO — Administrar Recursos Públicos: SI ☐ NO ☒ — Servidor Público: SI ☐ NO ☒ — Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: SI ☐ NO ☒ — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ:	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas fronteriza (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ■ No aplica

Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Proveniencia y santa catalina ☐ Room (Gitano) ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

Nit, C.C. o C.E.	Dependencia
1026275807-6	CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido: — Segundo apellido:
Marque: Nombres: — Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Nuevo: Tipo y número de identificación: CC TI CE RC
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribir el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo JAIME ANDRES CASTAÑO GONZALEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 14135246 expedida en IBAGUE, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informado e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con la establecido en la ley 1581 de 2012 y reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Jaime Castaño
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Jaime Castaño
Firma del trabajador(a)
C.C. TI RC o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

15 NOV 2023
Comfacasanare
Jefatura de Aportes y Pagos
CHEQUE DE CONSIGNACIÓN

La información de este formato será sujeta a verificación

OBSERVACIONES:

VINCULADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, suspender inscripciones, otros servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

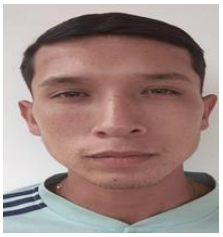
MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

N2023/906
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 16/12/2023

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



Nombre: JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ
PESO: 65 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT. 1.026.275.607-6
EPS: NUEVA EPS

Identificación: 1.106.791.262
Edad: 24 AÑOS
Género: M
Cargo: AYUDANTE

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS					
*OPTOMETRIA	[X]	*GLICEMIA	[X]	*RADIOGRAFÍA	[ ]
*AUDIOMETRIA	[X]	*COLESTEROL	[X]	*ELECTROCARDIOGRAMA	[ ]
*ESPIROMETRIA	[X]	*TRIGLICERIDOS	[X]	*OTRO _____	
*PRUEBA DE EQUILIBRIO	ESTABLE [X]	INESTABLE [ ]			
*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	[X]	*OSTEOMUSCULAR	NORMAL [X]		
*NECROLÓGICO	NORMAL [X]		NORMAL [ ]		

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL			
*APTO PARA EL CARGO [X]	*APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X]	*APTO CON RESTRICCIONES [ ]	
*NO APTO [ ]			
*OBSERVACIONES _____			

EXAMEN PERIODICO			
*PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR	SI [ ]	NO [ ]	*REUBICACION LABORAL [ ]
*OBSERVACIONES _____			

EXAMEN DE EGRESO			
*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI [ ]	NO [ ]	CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.106.791.262**

VALDERRAMA SANCHEZ

APELLIDOS

JOHAN ORLANDO

NOMBRES

Johan Valderrama

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1999**

CHAPARRAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

22-DIC-2017 CHAPARRAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01317937-M-1106791262-20220908 0084729594A 3 8505092162

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/12/2023, el empleador OROSACEVEDOJOSE LUIS identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1026275607 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6505284	15/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1106791262	JOHANORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	1160000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2023-12-15

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

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 14 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1106791262	VALDERRAMA SANCHEZ JOHAN ORLANDO	15/12/2023		14216161	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/12/2023 17:26:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.90.148, 192.230.104.7, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.106.791.262**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C. — 1106791262
Lugar y fecha de expedición: 22/12/2017 CHAPARRAL
SEXO: X M | F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: VALDERRAMA
Segundo apellido: SANCHEZ
Nombres: JOHAN ORLANDO
Fecha de Nacimiento: 1999 AÑO | 12 MM | 15 DD
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: Transversal 16 #45d - 63
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2023 AÑO / 12 MM / 15 DD		OBRERO	1160000

Tipo de contrato: INDEFINIDO — Administra Recursos Públicos: S | ■ NO — Servidor Público: S | ■ NO — Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: S | ■ NO — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escribir el anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ:	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:
☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Madre de madres comunes de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Mujer de desmovilizado o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ■ No aplica

Pertenencia étnica:
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room (Gitano) ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNGUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido: — Segundo apellido:
Apellidos: — Fecha de Nacimiento: AÑO | MM | DD
Nombres: — Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Tipo y número de identificación: C.C. | T.I. | C.E. | R.C.

DOCUMENTO PENDIENTE	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cedula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribir el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1106791262, expedida en CHAPARRAL, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Johan Valderrama
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Johan Valderrama
Firma del trabajador/af.
C.C. Y, R.C. o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

15 DIC 2023
ComfaCasanare
Jefatura de Aportes y Pagos
La información de este formato está sujeta a verificación

OBSERVACIONES:

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para seleccionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha reclamado su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

PAPELES Superintendencia

N0 ACREDITACION
18-CPR-002

Centro De Formación y Entrenamiento

PSM VERTICKAL SAS
NIT. 900905747 - 2

PROVEDOR No.08SE2020220000000040245-202012-03

JOSE LUIS OROS ACEVEDO
Empresa NIT.1026275607-6
Representante Legal
JOSE LUIS OROS ACEVEDO

ARL SURAMERICANA
Empresa administradora
de riesgos laborales

Hace constar que:

JOSE FARID ACHIPIZ

Con cedula de ciudadanía No.**1075213531**

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN TRABAJO EN ALTURAS

EN NIVEL REENTRENAMIENTO TA

Con una intensidad de 08 Horas.

Realizado el día 28 de diciembre del 2023 en la ciudad de Bogotá D.C

En cumplimiento con los requisitos establecidos en la Res. 4272 del 2021 NTC-6072-2014

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día 28 de diciembre de 2023

ALBA MERY ORTIZ
Representante Legal
PSM VERTICKAL TSA SAS
NIT 900.905. 747-2

DIEGO JAVIER TORO GETIAL

DIEGO JAVIER TORO GETIAL
Entrenador TSA- 1089243618
21/11/2022-27/11/2022
Licencia en SO -959714-

CERTIFICARE CELAC Trabajo en Alturas NTC 6072 No. 30.370-2

Verificación y Autenticidad del Certificado: psm.vertickal@gmail.com/www.psmvertickal.com
322 452 5330 749 8581 Av Americas No. 68B - 61 Bogota D.C. / Colombia

Aprobación. MT.
No. 08SE2020220000000040245
2020/12/03

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

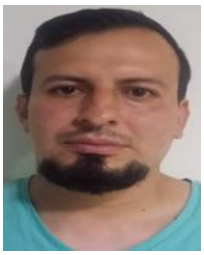
N2023/1136
NIT. 830.592.359-3

FECHA: 22/12/2023

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

Nombre: JOSE FARID ACHIPIZ
PESO: 85 KG
Empresa: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
NIT.1.026.275.607-6
EPS: SANITAS

Identificación: 1.075.213.531
Edad: 37 AÑOS
Género: M
Cargo: AYUDANTE



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS					
*OPTOMETRIA	[X]	*GLICEMIA	[X]	*RADIOGRAFÍA	[ ]
*AUDIOMETRIA	[X]	*COLESTEROL	[X]	*ELECTROCARDIOGRAMA	[ ]
*ESPIROMETRIA	[X]	*TRIGLICERIDOS	[X]	*OTRO _____	
*PRUEBA DE EQUILIBRIO	ESTABLE [X]	INESTABLE [ ]			
*EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL	[X]	*OSTEOMUSCULAR	NORMAL [X]		
*NECROLÓGICO	NORMAL [X]		NORMAL [ ]		

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL		
*APTO PARA EL CARGO [X]	*APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [X]	*APTO CON RESTRICCIONES [ ]
*NO APTO [ ]		
*OBSERVACIONES _____		

EXAMEN PERIODICO	
*PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI [ ] NO [ ]	*REUBICACION LABORAL [ ]
*OBSERVACIONES _____	

EXAMEN DE EGRESO
*SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ] CUAL

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DE PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
NO PRESENTA PATOLOGÍAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DE 08 DE MAYO 2020

Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.075.213.531
ACHIPIZ
APELLIDOS
JOSE FARID
NOMBRES
FIRMA
REPÚBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1986
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
10-AGO-2004 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-1900100-01183077-M-1075213531-20201127
0072622847A 1
9913865832

radicación no. 0009020112

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ] [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
ACHIPIZ		JOSE	FARID
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
C.C	1.075.213.531	Femenino Masculino X	25 08 1986

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia [ ] [ ]

12. Discapacidad Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición P [ ]

13. Puntaje SISBÉN [ ]

14. Grupo de población especial [ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización – IBC
SURA		$1.160.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Transversal 16 #45d - 63		3208651470	

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
YOPAL	Urbana X Rural [ ]		CASANARE

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)

C	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	NIT X CC [ ] TI [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ]	1026275607-6	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CLL 26B N 17 04	3212145252	Joseoros18@hotmail.com	ARAUCA	ARAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ]	[ ]		2 7 1 2 2 0 2 3

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Jose Achipiz	Jose Luis Ochoa

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
[ ][ ] / [ ][ ]		D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ACHIPIZ JOSE FARID** identificado(a) con **CC** número **1.075.213.531** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de mayo de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023122709111

Medellín, 27 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ARAUCA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1075213531	ACHIPIZ JOSE FARID	28/12/2023		z3518023	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/12/2023 09:07:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.89.4, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ — 1075213531
Lugar y fecha de expedición: 10/08/2004 NEIVA
Sexo: M X / F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: ACHIPIZ
Segundo apellido:
Nombres: JOSE FARID
Fecha de Nacimiento: 1986 AÑO 06 MM 25 DD
Teléfono: 3208651470
Dirección Residencia: Transversal 16 #45d - 63
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2023 AÑO 12 MM 27 DD		OBRERO	1160000

Tipo de contrato: INDEFINDO — Administrar Recursos Públicos: Si ☐ NO ☒ — Servidor Público: Si ☐ NO ☒ — Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna: Si ☐ NO ☒ — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ☒ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad
☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia ☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia ☐ En condición de discapacidad ☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante ☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado ☐ Ejercicio del trabajo sexual ☒ No aplica

Pertenencia étnica
☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☒ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	3212145252

NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro ☐ Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, JOSE FARID ACHIPIZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1075213531 expedida en NEIVA, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Jose Achipiz
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Jose Achipiz
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare
Comfacasanare
Jefatura de Aportes y Pagos
27 DIC 2023

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL

La información de este formato es Verificada por Supersubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

CONSORCIO SEDE MARSAF	**REGISTRO DE INDUCCION Y REINDUCCION**	Versión:	1
		Fecha:	Septiembre 15/2023
		Código:	FT-SST-002
		Pág.:	1/1

Área/ _____SST_____Inducción: __X____ Reinducción: _____

Inspector SST:_____Firma _____

Coordinador SST: ____ZAYDE SUAREZ ORTIZ_____Firma: _____

Empresa: _CONSORCIO SEDE MARSAF____Proyecto: _____CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023

Duración de la actividad:__30 MINUTOS_____Nota: Encierre en recuadro la capacitación recibida:

Con mi firma certifico que recibí inducción sobre: Estructura jerárquica de la Empresa, normas de seguridad generales, horarios de trabajo, asignación de tareas por cargo, conceptos básicos de seguridad social (ARL, EPS, AFP), Accidente de trabajo, Enfermedad general), Copasst, Procedimiento de reporte accidente de trabajo, Riesgos de trabajos en alturas, Uso de elementos de protección personal, Plan de emergencia y evacuación, códigos de alarma y brigada de emergencia. Reglamento Interno de Trabajo, y todos los reglamentos de SGSST de la empresa.

FECHA	N O M B R ES Y APELLIDOS	CARGO	CEDULA DE CIUDADANIA	FIRMA
22/12/2023	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	OFICIAL	1106791262	
22/12/2023	JAIME ANDRES CASTAÑO GONZALEZ	AYUDANTE	14135246	
28/12/2023	JOSE FARDI ACHIPIZ	OFICIAL	1075213531	

CONSORCIO SEDE MARSAF	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SSTA-F-17
	SOPORTE DE CAPACITACION, FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Versión: 0
		Fecha: 13-09-2023

AREA: SST

FECHA: 27/12/2023

TEMA: Capacitación en uso, mantenimiento y reposición de los elementos de proteccion personal (EPP)

OBJETIVO: Sencibilizar al personal sobre el uso obligatorio de los EPP, mantenimiento y reposición.

LUGAR DE CAPACITACION: FRENTE DE OBRA

HORA INICIO: 1:00 a. m.

HORA FINAL: 1:30 a. m.

TIPO DE EVENTO:

CHARLA DE SEGURIDAD		ENTRENAMIENTO		RECREACION	
INDUCCION		CAPACITACION	X	FORMACION	

RESPONSABLE: ZAYDE SUAREZ ORTIZ

FIRMA

ITEM	NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	1.106.791.262	OFICIAL	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBSERVACIONES

(Espacio exclusivo para evaluar la eficacia de la capacitación)

CONSORCIO SEDE MARSAF	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SSTA-F-17
	SOPORTE DE CAPACITACION, FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Versión: 0
		Fecha: 13-09-2023

AREA: SST

FECHA: 30/12/2023

TEMA: Capacitación en uso, mantenimiento y reposición de los elementos de proteccion personal (EPP)

OBJETIVO: Sencibilizar al personal sobre el uso obligatorio de los EPP, mantenimiento y reposición.

LUGAR DE CAPACITACION: FRENTE DE OBRA

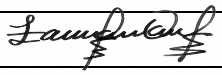
HORA INICIO: 1:00 a. m.

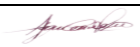
HORA FINAL: 1:30 a. m.

TIPO DE EVENTO:

CHARLA DE SEGURIDAD		ENTRENAMIENTO		RECREACION	
INDUCCION		CAPACITACION	X	FORMACION	

RESPONSABLE: ZAYDE SUAREZ ORTIZ

FIRMA 

ITEM	NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	JOSE FARDI ACHIPIZ	1.075.213.531	OFICIAL	
2	JAIME ANDRES CASTAÑO GONZALEZ	14.135.246	AYUDANTE	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBSERVACIONES

(Espacio exclusivo para evaluar la eficacia de la capacitación)

CONSORCIO SEDE MARSAF	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SSTA-F-17
	SOPORTE DE CAPACITACION, FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	Versión: 0
		Fecha: 13-09-2023

AREA: SST

FECHA: 4/01/2024

TEMA: Capacitación en identificación y clasificación de peligros (clasificación de peligros según la GTC45) , dar ejemplos según las tareas que ejecutan en obra.

OBJETIVO: Sencibilizar al personal sobre los riesgos a los que habitualmente estan expuestos en el lugar de trabajo

LUGAR DE CAPACITACION: FRENTE DE OBRA

HORA INICIO: 2:00 a. m.

HORA FINAL: 2:30 a. m.

TIPO DE EVENTO:

CHARLA DE SEGURIDAD		ENTRENAMIENTO		RECREACION	
INDUCCION		CAPACITACION	X	FORMACION	

RESPONSABLE: ZAYDE SUAREZ ORTIZ

FIRMA

ITEM	NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	JOSE FARDI ACHIPIZ	1.075.213.531	OFICIAL	
2	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	1.106.791.262	OFICIAL	
3	JAIME ANDRES CASTAÑO GONZALEZ	14.135.246	AYUDANTE	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

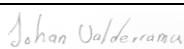
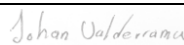
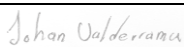
OBSERVACIONES

(Espacio exclusivo para evaluar la eficacia de la capacitación)

CONSORCIO SEDE MARSAF	PROCESO	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO	FT-SST-006
			VERSIÓN	1
	FORMATO	CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	FECHA:	Septiembre 15/2023

PROYECTO:	CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023 SEDE DE ZIPAQUIRA	EMPRESA:	CONSORSCIO SEDE MARSAF

RESPONSABLE DE LA ENTREGA	NOMBRE:	JOSE LUIS OROS
	CARGO:	SUBCONTRATISTA
QUIEN SUPERVISA	NOMBRE:	ZAYDE SUAREZ ORTIZ
	CARGO:	PROFESIONAL SST

DATOS DEL TRABAJADOR				ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL																	RECIBIDO
				SEGURIDAD												DOTACIÓN					
FECHA	NOMBRE	CEDULA	CARGO	Protector respirtorio industrial	Protector respiratorio con filtro	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad transparentes	Protector auditivo de inserción	Protector auditivo de copa	Guantes de camaza /vaqueta	Guantes de nitrilo/vinilo	Guantes de caucho	Casco de seguridad	Barbuquejo	Tapaboas antifluidos/desechables	Botas de seguriad (cuero)	Botas de caucho (punta de acero)	Camisa	Camibuso	Pantalon	FIRMA
22/12/2023	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	1.106.791.262	OFICIAL	X			X	X		X	X	X	X	X		X			X	X	
28/12/2023	JOSE FARDI ACHIPIZ	1.075.213.531	OFICIAL	X			X	X		X	X	X	X	X		X			X	X	
28/12/2023	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	1.106.791.262	OFICIAL	X							X										
30/12/2024	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	1.106.791.263	OFICIAL	X																	
30/12/2024	JOSE FARDI ACHIPIZ	1.075.213.531	OFICIAL	X																	
3/01/2024	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	1.106.791.262	OFICIAL	X																	
3/01/2024	JOSE FARDI ACHIPIZ	1.075.213.531	OFICIAL	X																	

a. Utilizar de manera correcta el elemento de protccion personal durante la jornada de trabajo.
b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.
c. Cuidar y realizar mantenimiento a los elementos de protección personal.
d. Solicitar un nuevo equipo en caso de pérdida o deterioro del mismo.

CONSORCIO SEDE MARSAF	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-046
	SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN HERRAMIENTAS	**Fecha:**	Septiembre 15/2023
	Versión	001
	Pagina 1 de 1	

FECHA: 22/12/2023
OBRA CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023
AREA INSPECCIONADA FRENTE DE OBRA
NOMBRE DE QUIEN REPORTA: JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ

B = BUENO M = MALO N.A = NO APLICA

ITEM	DESCRIPCIÓN	ESTADO		
A	**HERRAMIENTAS MANUALES**	**B**	**M**	**NA**
1	Se usa la adecuada al trabajo	X		
2	Se encuentran en buen estado	X		
3	Se guardan y portan adecuadamente	X		
4	Los mangos de madera no presentan astillas, ni fisuras y están firmemente adheridos.	X		
B	**HERRAMIENTAS DE CORTE**	**B**	**M**	**NA**
1	Los cinceles no presentan su cabeza tipo hongo			
2	Los cinceles se encuentran afilados			
3	Las seguetas están correctamente instaladas y no presentan defectos			
4	Las limas disponen de sus mangos y no están rotas o sucias			
5	Los serruchos disponen de empuñadura y sus dientes están completos			
6	Los cuchillos disponen de mangos y fundas			
C	**HERRAMIENTAS DE GOLPE**	**B**	**M**	**NA**
1	Se emplea el martillo adecuado según la labor	X		
2	Sus caras y bordes están en buen estado	X		
3	Su mango no está quebrado, astillado ni flojo	XX		
D	**HERRAMIENTAS DE TORSION - LLAVES**	**B**	**M**	**NA**
1	Cuentan con llaves de pulgadas y milimétricas			
2	Se observan en la llave huellas y palancas			
3	Se dispone de llaves para golpear			
4	Las llaves no presentan sus mordazas abiertas o deterioradas			
5	La herramienta para electricista cuenta con el aislamiento adecuado y son probadas frecuentemente			
6	La punta y cabo de los destornilladores se encuentran en buen estado			
7	Se dispone de herramientas que no produzcan chispas.			
E	**HERRAMIENTAS ELECTRICAS**	**B**	**M**	**NA**
1	Las herramientas según Las adecuadas según el riesgo (humedad, vapores)	X		
2	Se emplean los elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta empleada	X		
3	Están limpia y lubricadas	X		
4	Tienen sus guardas	X		
5	Posee aislamiento doble o conexión a tierra por enchufe de tres patas	X		
6	El cable y enchufe no presentan daños	X		
7	En los taladros se observa el mandil con golpes	X		
8	Brocas sin filo o se ha reducido su diámetro para taladros pequeños	X		
9	Los esmeriles cuentan con guardas y los soportes de los discos o piedras son los adecuados	X		
10	Se observa deterioro en las roscas o tornillo en las ruedas abrasivas.	X		
11	Se almacenan las pulidoras y discos en sitios donde puedan ser golpeados	X		
F	**HERRAMIENTA NEUMATICA**	**B**	**M**	**NA**
1	Las mangueras y acoples se encuentran en buen estado			
2	Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta			
3	Se trabaja a las presiones indicadas			
4	La herramienta es descargada al terminar.			

OBSERVACIONES HERRAMIENTRAS ELECTRICAS SE UTILIZO PULIDORA Y TALADRO



RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN



REVISÓ COORDINADOR SST

CONSORCIO SEDE MARSAF	FORMATO INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO			Código: FT-SST-031
	GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			Versión: 01
	PROCEDIMIENTO IMPLEMENTACIÓN Y MONITOREO DEL SG-SST			Fecha: 15/09/2023
				Páginas: 1

I. INFORMACIÓN GENERAL			
PROYECTO:	CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023	**CIUDAD:**	CHAPARRAL
AREA:	FRENTE DE OBRA	**DIRECCION:**	
QUIEN INSPECCIONA:	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ	**FECHA:**	29/12/2023

II. CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Deficiente (D) = 1	No cumple el criterio de evaluación a satisfacción, existe una probabilidad alta en generar accidentes de trabajo y enfermedades laborales
Aceptable (A) = 3	Cumple parcialmente el criterio de evaluación, existe una probabilidad media en generar accidentes de trabajo y enfermedades laborales
Excelente (E) = 5	Cumple el criterio de evaluación a satisfacción, existe una probabilidad baja en generar accidentes de trabajo y enfermedades laborales

5 "S"	L	CALIFICACIÓN
SEIRI - Seleccionar: Distinguir entre lo necesario y lo que no lo es	¿Los escritorios están despejados de objetos innecesarios?	
	¿Alrededor y debajo de los escritorios se encuentra despejado de objetos?	
	¿Los escritorios están libres de objetos personales?	
	TOTAL	**0**
	CUMPLIMIENTO SELECCIONAR	**0%**
OBSERVACIONES		
SEITON- ORGANIZAR: Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar	¿Todos los objetos u herramientas tienen una ubicación especifica?	**5**
	¿Se cuenta con un área de almacenamiento de objetos o herramientas?	**5**
	¿Las áreas de almacenamiento de objetos o herramientas de uso frecuente esta organizada?	**5**
	¿Están identificados y almacenados los obejtos o herramientas en un lugar especifico?	**5**
	¿Las herramientas de trabajo se encuentran organizados en un sitio específico y dispuestos de manera que se tenga un fácil acceso a ellos?	**5**
	¿Los equipos como: impresoras, computadores, sillas, extintores, camillas, puntos ecológicos y botiquines principalmente, están ubicados en lugares específicos sin interrumpir las vías de circulación de personas?	
	TOTAL	**25**
	CUMPLIMIENTO ORGANIZAR	**83%**
OBSERVACIONES		
SEISO - LIMPIAR: mantener el área de trabajo libre de suciedad.	¿Los sitios de trabajo en general se encuentran en buenas condiciones de limpieza?	**5**
	¿Se evidencia buenas condiciones de limpieza en áreas comunes (pisos, pasillos y escaleras) de trabajo?	**5**
	¿Se tiene claridad de cómo se deben clasificar los residuos sólidos en los puntos ecológicos?	**5**
	¿Las paredes, techos, ventanas y puertas están limpias?	**5**
	¿La estantería, archivos, escritorios y muebles en general están limpios?	
	¿La señalización, camillas, botiquines y extintores se observan limpios?	**5**
	¿Los servicios sanitarios, cafetería y demas áreas se encuentran en buenas condiciones higiénicas y de limpieza?	**5**
	TOTAL	**30**
	CUMPLIMIENTO LIMPIAR	**86%**
OBSERVACIONES		
SEIKETSU- ESTANDARIZAR: Evitar retroceso de los resultados obtenidos	¿Se evidencia la aplicación de las 3 primeras "S" al interior de las areas?	**5**
	¿Se evidencia un compromiso y participación activa de todos los trabajadores por mantener sus áreas de trabajo en buenas condiciones de orden y limpieza?	**5**
	¿Se observan todos los puestos de trabajo organizados y limpios?	**5**
	¿Se observa unificación del programa de orden y limpieza de la empresa?	**5**
	¿Se ha comunicado el estándar del programa de orden y aseo a todos los trabajadores (evidenciar con listas de asistencia)	**5**
	¿Hay definidas estrategias de mejora continua para el programa de orden y limpieza?	**5**
	TOTAL	**30**
	CUMPLIMIENTO ESTANDARIZAR	**75%**
OBSERVACIONES		
SHITSUKE- AUTODISCIPLINA: Mantener los buenos hábitos	¿Se evidencia un compromiso por parte de todos los trabajadores y empleador por mantener los estándares del programa de orden y limpieza?	**5**
	¿Se evidencia en los trabajadores que el programa de orden y limpieza se convirtió en habito?	**5**
	¿Se percibe motivación en los trabajadores en la aplicación del programa de orden y limpieza?	**5**
	¿Se cuenta por parte del empleador metas específicas para el cumplimiento del programa de orden y limpieza?	**5**
	¿Por iniciativa de la empresa, se cuenta con alguna estrategia establecida para que todos los trabajadores fortalezcan el hábito del programa de orden y limpieza?	**5**
	TOTAL	**25**
	CUMPLIMIENTO AUTODISCIPLINA	**100%**
REVISA SST		

CALIFICACIÓN TOTAL	**110**
PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO	**76%**
CUMPLE CON EL PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO	**CUMPLE**

CONSORCIO SEDE MARSAF

INSPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA ELECTICA

Código: FT-SST-057
Verión: 1
Fecha: 15/09/2023

FECHA:

DIA __26__ ALDIA__30_ MES___12___AÑO_____2023__

MARCA _____DELWALT____

PREOPERACIONAL DE PULIDORAS

DESCRIPCIÓN	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBERVACIONES
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)	X		X		X		X		X		X				
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN)	X		X		X		X		X		X				
	X		X		X		X		X		X				
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO	X		X		X		X		X		X				
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO	X		X		X		X		X		X				
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA	X		X		X		X		X		X				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA	X		X		X		X		X		X				
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)	X		X		X		X		X		X				
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	X		X		X		X		X		X				
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS	X		X		X		X		X		X				
ESTADO DEL DISCO	X		X		X		X		X		X				
NOMBRE DEL OPERADOR	Johan Valderrama		Johan Valderrama		Johan Valderrama		Johan Valderrama		Johan Valderrama		Johan Valderrama				
CARGO	OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		

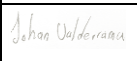
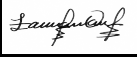
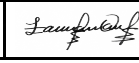
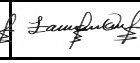
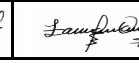
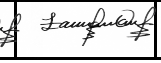
NOTA: Esta lista se deberà entregar semanalmente y diariamente en el sitio de trabajo.

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FIRMA DEL OPERADOR	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ
V°B° INSPECTOR SST	ZAYDE SUAREZ ORTIZ
REVISO COORDINADOR SST	

CONSORCIO SEDE MARSAF	**PROCESO:** SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FT--SST-056
		Versión: 1
	FORMATO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO ELECTRICO	Fecha: 15/09/2023
		Página: 1

PROYECTO	**CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023**					**SEMANA DEL**	26	**AL**	23	**DE**	dic-23
AREA DE TRABAJO	**FRENTE DE OBRA**	**MARCA**	**Bosch**	**MODELO**		**NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA:** JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ					
NOMBRE DEL OPERADOR	**JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ**					**CARGO:** OFICIAL					

ITEM	REVISION	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
		B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	
1	ESTADO DE CONEXCIONES ELECTRICAS (CABLES, EXTENSIONES, TOMAS	X			X			X			X			X			X						
2	ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO	X			X			X			X			X			X						
3	ESTADO DEL MANGO	X			X			X			X			X			X						
4	ESTADO GENERAL DE LA GUIA Y LA GUARDA	X			X			X			X			X			X						
5	ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURA, RUPTURA,ETC)	X			X			X			X			X			X						
6	ESTADO GENERAL DEL MANDRIL	X			X			X			X			X			X						
7	ESTADO DE LAS BROCAS	X			X			X			X			X			X						
8	LLAVE PARA PORTA BROCAS	X			X			X			X			X			X						
9	PROTECTOR DE CABLE CON SUJETA LLAVES	X			X			X			X			X			X						
10	SELECTOR DE MODALIDAD	X			X			X			X			X			X						
11	CARCASA	X			X			X			X			X			X						
12	INTERRUPTOR	X			X			X			X			X			X						
13	UTILIZA ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR	X			X			X			X			X			X						
Operador	**Nombre**	JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ			JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ			JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ			JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ			JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ			JOHAN ORLANDO VALDERRAMA SANCHEZ						
	Firma																						
Quien inspecciona SST	**Nombre**																						
	Firma																						
V°B° SST	**Nombre**	ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ						
	Firma																						

CONVENCIONES
B: BUENO
M: MALO
N/A: NO APLICA

CONSORCIO SEDE MARSAF

INPECCION PREOPERACIONAL PULIDORA ELECTICA

Código: FT-SST-057
Verión: 1
Fecha: 15/09/2023

FECHA:

DIA __02__ ALDIA__06_ MES___01___AÑO____2024__

MARCA _____DELWALT____

PREOPERACIONAL DE PULIDORAS

DESCRIPCIÓN	LUN		MAR		MIER		JUE		VIER		SAB		DOM		OBERVACIONES
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
SE VEREFICO EL ESTADO DE CONEXIONES ELECTRICAS (EXTENCIONES, CABLES, TOMA)			X		X		X		X		X				
ESTADO DE INSTALACIÓN DEL DISCO (INSERTACIÓN)			X		X		X		X		X				
CUENTA CON ACOPLES ADECUADOS PARA LOS ACCESORIOS			X		X		X		X		X				
ESTADO E INSTALACION DEL MANGO			X		X		X		X		X				
ESTADO DEL INTERUPTOR DE INCENDIO Y SU SEGURO			X		X		X		X		X				
ESTADO DE LA GUIA DE LA GUARDA			X		X		X		X		X				
SE UTILIZA ACCESORIOS APROPIADO PARA LA TAREA			X		X		X		X		X				
ESTADO GENERAL DE LA PULIDORA (FISURAS, ROPTURAS, ASEO, ETC)			X		X		X		X		X				
SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR			X		X		X		X		X				
SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS			X		X		X		X		X				
ESTADO DEL DISCO			X		X		X		X		X				
NOMBRE DEL OPERADOR															
CARGO			OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL		OFICIAL				

NOTA: Esta lista se deberà entregar semanalmente y diariamente en el sitio de trabajo.

YO COMO OPERADOR, HE VERIFICADO LA LISTA Y CERTIFICO QUE ES SEGURO

FIRMA DEL OPERADOR	JOSE FARDI ACHIPIZ
V°B° INSPECTOR SST	ZAYDE SUAREZ ORTIZ
REVISO COORDINADOR SST	

CONSORCIO SEDE MARSAF	**PROCESO:** SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: FT-SST-056
		Versión: 1
	FORMATO INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO ELECTRICO	Fecha: 15/09/2023
		Página: 1

PROYECTO	**CONTRATO DE OBRA N° 2391 DE 2023**						**SEMANA DEL**		**AL**		**DE** ene-24
AREA DE TRABAJO	**FRENTE DE OBRA**		**MARCA**	Bosch	**MODELO**		**NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: JOSE FARDI ACHIPIZ**				
NOMBRE DEL OPERADOR	**JOSE FARDI ACHIPIZ**						**CARGO:** OFICIAL				

ITEM	REVISION	LUNES			MARTES			MIERCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			DOMINGO			OBSERVACIONES
		B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	B	M	NA	
1	ESTADO DE CONEXCIONES ELECTRICAS (CABLES, EXTENSIONES, TOMAS				X			X			X			X			X						
2	ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO				X			X			X			X			X						
3	ESTADO DEL MANGO				X			X			X			X			X						
4	ESTADO GENERAL DE LA GUIA Y LA GUARDA				X			X			X			X			X						
5	ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURA, RUPTURA,ETC)				X			X			X			X			X						
6	ESTADO GENERAL DEL MANDRIL				X			X			X			X			X						
7	ESTADO DE LAS BROCAS				X			X			X			X			X						
8	LLAVE PARA PORTA BROCAS				X			X			X			X			X						
9	PROTECTOR DE CABLE CON SUJETA LLAVES				X			X			X			X			X						
10	SELECTOR DE MODALIDAD				X			X			X			X			X						
11	CARCASA				X			X			X			X			X						
12	INTERRUPTOR				X			X			X			X			X						
13	UTILIZA ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR				X			X			X			X			X						
Operador	**Nombre**				JOSE FARDI ACHIPIZ			JOSE FARDI ACHIPIZ			JOSE FARDI ACHIPIZ			JOSE FARDI ACHIPIZ			JOSE FARDI ACHIPIZ						
	Firma																						
Quien inspecciona SST	**Nombre**																						
	Firma																						
V°B° SST	**Nombre**				ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ			ZAYDE SUAREZ						
	Firma																						

CONVENCIONES
B: BUENO **M:** MALO **N/A:** NO APLICA

CONSORCIO SEDE MARSAF	**ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO ATS**	Cod: FT-SST-050 Versión: 1 Fecha: 15/09/2023

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha Inico	28/12/2023	Fecha Finalización	30/12/2023	Área	SST

Nombre de la actividad	INSTALACION DE LAMINA EN CUBIERTA

1. Aislamientos Necesarios para el desarrollo de la labor

Aislamiento Eléctrico	X	No		Aislamiento Mecánico	X	No	
Aislamiento Hidráulico	X	No		Otro Aislamiento	Cual?		

2. Análisis de riesgos

Pasos básicos del trabajo	Consecuencias o riesgos potenciales	Controles para eliminar o reducir riesgos
1.Alistamiento de equipos y herramientas	1.Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos	1. Calistemia, no exceder limites permisibles de carga 25 kilogramos por trabajador
2. Desplazamiento al lugar de trabajo	1. Condiciones de seguridad: 1.1. Locativos: Suoerficies irregulares, diferencia de nivel: Golpes, caidas, esguinces, fracturas 2. Fisico: 2.1. Ruido: Hipoacusia	1. Uso de senderos peatonales, señalizacion de vacios. 2.1. Uso obligatorio de protectores auditivos
Instalacion de lamina de cubierta	1. Biomecánico: 1.1. Movimientos repetitivos: Túnel del carpo, tendinitis. 1.2. Posturas prolongadas: Espasmos musculares en espalda, escoliosis. 2. Condiciones de seguridad: 2.1. Mecánico: Golpes, rasguños. 2.2. Trabajo en alturas: Caídas mismo o diferente nivel, golpes, fracturas, esguinces. 2.3. Caída de objetos: Traumas craneoencefálicos, golpes a nivel de espalda, hombros, brazos, fracturas. 3. Físico: 3.1. Radiaciones no ionizantes (sol): Cefaleas, sincope, quemaduras de 1,2,3°, dermatitis, cáncer de piel. 4. Fenómenos naturales: 4.1. Precipitaciones: Lluvias y/o granizadas: Resfrió, catarro.	1.1. Pausas activas. 1.2. Higiene postural, pausas activas. 2.1. Uso de guantes de seguridad (carnaza) 2.2. Uso de arnés, eslinga, linea de vida 2.3. Uso obligatorio de casco con barbuquejo, armado de plataformas por encima del área de trabajo. 3.1. Hidratación constante, uso de bloqueador solar, uso de capuchón y ropa manga larga. 4.1. Uso de impermeable en caso de lluvia, suspender actividades en caso de granizadas.
7. Orden y aseo	1. Biomecanico: 1.1. Movimiento repetitivo: tunel del carpo, desordenes musculoesqueleticos, tendinitis, fatiga muscular. 2. Quimico: 2.1. Material particulado: Cuerpo extraño corneal, conjuntivitis, afecciones respiratorias. 3. Psicosocial: 3.1. Condiciones de la tarea: Estres	1.1. Pausas activas. 2.1. Uso obligatorio de gafas de seguridad, humedecer piso al barrer, uso de proteccion respiratoria. 3.1. Charlas de seguridad, comunicacion asertiva.
8. Aplica para todas las actividades	1. Biologico: 1.1. Virus: Covid 19, muerte	1.1. Uso obligatorio de proteccion respiratoria, lavado de manos antes y despues de ingerir cualquier tipo de alimento, distanciamiento social, desinfeccion de herramientas.

3. Señale los permisos de trabajo requeridos y disponga del formato respectivo en el sitio de trabajo

Trabajos en alturas	X	No	Trabajo eléctrico	Si	No	Manipulación de explosivos	Si	No
Trabajos en caliente	Si	No	Espacios confinados	Si	No			
Izaje de cargas	Si	No	Trabajos de voladura	Si	No			

4. Elementos de protección personal que requiere la actividad				5. Aislamiento y necesario	
Casco	SI	Canilleras de carnaza	N/A	Candados de bloqueo	N/A
Barbuquejo	SI	Mascara de gases	N/A	Tarjetas de bloqueo	N/A
Gafas / Monogafas	SI	Botas de seguridad	SI	Otro	
Protección auditiva	SI	Careta Acrílica	N/A		
Mascarilla	SI	Otros		Esta actividad Amerita PST	X / No
Guantes	SI			PST: Procedimiento de Trabajo Seguro	

6.Sistemas de Protección Contra Caídas y Sistemas de Acceso que requiere la actividad (Diligenciar Si, No ó NA: No aplica)

Arnés	SI	Línea de vida Horizontal	SI	Otro	
Punto de anclaje	SI	Línea de Vida Vertical	NO		
Mecanismo de anclaje móvil	NO	Mosquetones	NO		
Eslinga de detención de caídas	SI	Ecaleras	SI		
Eslinga de Posicionamiento ó restricción	NO	Andamios	SI		

7. Preguntas para considerar antes de iniciar el trabajo (Diligenciar Si, No ó NA: No aplica)

Este trabajo está autorizado?	SI	Tengo las herramientas necesarias?	SI
He sido entrenado para este trabajo ?	SI	He revisado el área de trabajo ?	SI
Este trabajo se ha comunicado a quien pueda afectar?	SI	Cuento con la demarcación necesaria?	SI
Estoy calificado para realizar este trabajo ?	SI	Cuento con la señalización necesaria?	SI
Conozco los riesgos de este trabajo ?	SI	Hay el orden y aseo en el área de trabajo?	SI
Tengo los EPP requeridos?	SI	La iluminación permite hacer un trabajo seguro?	SI
Tengo los SPCC requeridos?	SI	El clima permite hacer un trabajo seguro?	SI
He aplicado la lista de chequeo de los SPCC?	SI	Me siento bien de salud para realizar este trabajo?	SI
Tengo los equipos necesarios?	SI	Estoy libre del efecto de alcohol ó drogas?	SI

8. Participaron en la elaboración y socialización de este ATS, comprendiéndolo y reconociendo su veracidad:

	Nombre	Cargo	Cédula	Firma
1	JOSE FARDI ACHIPIZ	OFICIAL	1075213531	
2				
3				
4				
5				
6				

9. Aprueban este ATS, comprendiéndolo y reconociendo su veracidad:

	Nombre	Cargo	Cédula	Firma
1	ZAYDE SUAREZ ORTIZ	PROFESIONAL SST	26460519	
2				

CONSORCIO SEDE MARSAF	**LISTA DE CHEQUEO SISTEMAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS**	Cod: FT-SST-051 Versión: 1

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Realizada por:	JOSE FARDI ACHIPIZ	**Cargo:**	OFICIAL
Realizada por:	ZAYDE SUAREZ ORTIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL SST
FECHA:	29/12/2023		

ARNES DE SEGURIDAD, ESLINGAS, PUNTOS DE ANCLAJE MOVILES		**ESTADO ADECUADO**		**OBSERVACIONES**
1	**CONDICION DEL TEJIDO O CORREA**	**SI**	**NO**	
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas/desgarradas		X	
1,2	Costuras, cortes o rotura del tejido-Grietas		X	
1,3	Estiramiento excesivo		X	
1,4	Deterioro general		X	
1,5	Corrosión por exposición a ácidos o productos químicos-Quemaduras		X	
2	**ARGOLLAS EN "D" O ANILLOS**			
2,1	Con deformaciones o desgaste excesivo (dobladura, etc.)		X	
2,2	Picaduras, grietas, Corrosión		X	
2,3	Deterioro general		X	
2,4	Otros		X	
3	**HEBILLAS**			
3,1	Con deformaciones o desgaste excesivo (dobladura, etc.)		X	
3,2	Picaduras, grietas, Corrosión		X	
3,3	Deterioro general		X	
3,4	Otros		X	
	CONECTORES-MOSQUETONES			
4	**CONDICIONES GENERALES**		X	
4,1	Desgaste excesivo, deformaciones		X	
4,2	picaduras, grietas		X	
4,3	Resortes con fallas		X	
4,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches)		X	
4,5	Deterioro general, Corosión		X	
4,6	Abertura de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones).		X	
4,7	Otros		X	
	LINEAS DE VIDA			
5	**CONDICIONES GENERALES**		X	
5,1	Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas		X	
5,2	Desgaste excesivo/desgarro/Corrosión		X	
5,3	Deterioro general		X	
5,4	Estiramiento o elongación excesivos		X	
5,5	Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo	X		
5,6	Extremo libre deshilachado		X	
5,7	Otros		X	
	ETIQUETAS			
6	**CONDICIONES GENERALES**			
6,1	Las etiquetas del Arnés estan completas y son legibles?	X		
6,2	En la etiqueta se especifica claramente que el arnés cumple con la Norma ANSI Z359.1?	X		
6,3	Se han inspeccionado los equipos al menos una vez durante el último año?	X		



Responsable del diligenciamiento (Coordinadora T.S.A)

CONSORCIO SEDE MARSAF	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SSTA-F-26
		V1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA: 18-09-2023

GENERALIDADES					
FECHA DE APERTURA	28/12/2023		FECHA DE CIERRE	30/12/2023	
LUGAR/SITIO EXACTO					
ALTURA APROXIMADA DE TRABAJO (metros)	5MTS	N° PERSONAS CERTIFICADAS A REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS:		1	

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:

CAMBIO DE LAMINAS DE CUBIERTA

TIPO DE ACCESO (MARQUE CON UNA X EL TIPO DE ACCESO A USAR EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO)			
ESCALERA PORTATIL DE EXTENSIÓN:		MANLIFT:	
ESCALERA PORTATIL TIPO TIJERA:		ACCESO POR CUERDAS:	
ESCALERA FIJA:		OTROS: ANDAMIO CONVENCIONAL	
ANDAMIOS:	X		

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMOS QUE DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)					
CASCO TIPO II CON BARBUQUEJO 3 PUNTOS	X	ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO DE DOBLE RAMAL O EN Y		SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN	N/A
GAFAS DE SEGURIDAD	X	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	X	TALON DOBLE PIERNA	N/A
PROTECCION AUDITIVA	X	MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO		FRENO PARA LÍNEA VIDA FIJA	N/A
PROTECCIÓN RESPIRATORIA		ANCLAJE PORTATIL		KIT DE RESCATE ALTURA	X
BOTAS ANTIDESLIZANTES	X	LINEA DE VIDA PORTATIL HORIZONTAL		OVEROL TYVEK	
GUANTES ANTIDESLIZANTES	X	LINEA DE VIDA PORTATIL VERTICAL	X	ANCLAJE PORTATIL / TIE OFF	
ARNÉS DE CUERPO COMPLETO (MULTIPROPÓSITO O DIELÉCTRICO O KEVLAR (SOLDADORES) SEGÚN APLIQUE	X	ZIG ZAG / DESCENDEDORES		CINTA SALVARRAMAS	N/A
MOSQUETONES		BLOQUEADORES		FRENO ANTICAIDAS PARA CUERDAS	N/A

ESCRIBA LAS HERRAMIENTA A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD

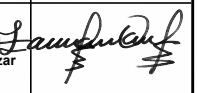
PULIDORA

PLANEACIÓN Y ASEGURAMIENTO (Marque con una X)

ESPACIO PARA SER VALIDADO POR EL COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS EN SITIO

REQUERIMIENTO	L	M	MIE	J	V	S	D
Personal con pago de seguridad social y ARL vigentes.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Personal con certificado de aptitud médico para trabajo en alturas vigente (menor a un año).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Personal con curso para trabajo seguro en alturas vigente (menor a un año).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
El personal desarrollo prueba de alcohol en aliento expirado.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Los EPP y equipos de protección contra caídas utilizar fueron seleccionados por el contratista, inspeccionados previamente y se encuentran en buen estado.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
El enganche de la eslinga al arnés es de ajuste rápido y cuenta con sus respectivos seguros.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se verificaron los puntos de anclaje a ser utilizados por cada trabajador durante la tarea.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
El lugar donde realizará la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador puede asegurarse, es decir que garantice una resistencia mínima de 5000 lb.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Los andamios se encuentran completos, en buen estado y certificados.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se ha identificado presencia de líneas eléctricas cercanas.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
En caso de trabajar en espacios confinados o trabajos en caliente (trabajos donde se emite chispas o fuego) se han adoptado las medidas de seguridad correspondientes y se cuenta con certificados de apoyo para cada especialidad.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
El trabajo en alturas mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores. Nombre del AYUDANTE DE SEGURIDAD	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro y lo socializan con todo el grupo de trabajo antes de iniciar la labor.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se cuenta con el procedimiento para realizar la actividad y ha sido divulgado al personal.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se cuenta con el plan de rescate claro y entendible.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombras).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

FIRMA DEL PERSONAL PARTICIPANTE			
Como trabajador he socializado el análisis de peligros por actividad, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo las medidas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos o incidentes y/o accidentes presentado.			
NOMBRE	**CEDULA**	**CARGO**	**FIRMA**
JOSE FARDI ACHIPIZ	1075213531	OFICIAL	

AUTORIZADO POR		
RESPONSABLE	**DESCRIPCIÓN**	**FIRMA**
COORDINADOR SST	**Como coordinador de trabajo en alturas confirmo que he revisado e identificado en sitio, las condiciones de riesgo presentes para el desarrollo del presente trabajo, he divulgado a los trabajadores y he propuesto medidas de prevención para controlar los factores de riesgo.**	
JEFE DE BRIGADA DE EMERGENCIA	**Como responsable de activar el plan de emergencia, he revisado e identificado el sitio, las condicones de riesgos para del desarrollo del presente trabajo, se tien listo los equipos de primeros auxilios y brigadista en caso de realizar rescate de acuerdo al procedimiento a realizar**	
RESIDENTE DE OBRA/ INSPECTOR DE OBRA	**Como supervisor y ejecutor confirmo que el grupo de trabajo es el adecuado para realizar la labor, conocen los peligros y riesgos a los cuales van a estar expuestos, se les ha explicado las medidas de control y se han implementado las mismas en pro de evitar la ocurrencia de eventos no deseados. Las herramientas han sido inspecciones y se cuentan con los elementos de protección personal requeridos para la labor.**	
OBSERVACIONES		

CONSORCIO SEDE MARSAF	**ANÁLISIS SEGURO DE TRABAJO ATS**	Cod: FT-SST-050 Versión: 1 Fecha: 15/09/2023

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha Inico	2/01/2024	Fecha Finalización	6/01/2024	Área	SST

Nombre de la actividad	INSTALACION DE LAMINA EN CUBIERTA

1. Aislamientos Necesarios para el desarrollo de la labor

Aislamiento Eléctrico	X Si	No	Aislamiento Mecánico	X Si	No
Aislamiento Hidráulico	X Si	No	Otro Aislamiento	Cual?	

2. Análisis de riesgos

Pasos básicos del trabajo	Consecuencias o riesgos potenciales	Controles para eliminar o reducir riesgos
1.Alistamiento de equipos y herramientas	1.Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos	1. Calistemia, no exceder limites permisibles de carga 25 kilogramos por trabajador
2. Desplazamiento al lugar de trabajo	1. Condiciones de seguridad: 1.1. Locativos: Suoerficies irregulares, diferencia de nivel: Golpes, caidas, esguinces, fracturas 2. Fisico: 2.1. Ruido: Hipoacusia	1. Uso de senderos peatonales, señalizacion de vacios. 2.1. Uso obligatorio de protectores auditivos
Instalacion de lamina de cubierta	1. Biomecánico: 1.1. Movimientos repetitivos: Túnel del carpo, tendinitis. 1.2. Posturas prolongadas: Espasmos musculares en espalda, escoliosis. 2. Condiciones de seguridad: 2.1. Mecánico: Golpes, rasguños. 2.2. Trabajo en alturas: Caídas mismo o diferente nivel, golpes, fracturas, esguinces. 2.3. Caída de objetos: Traumas craneoencefálicos, golpes a nivel de espalda, hombros, brazos, fracturas. 3. Físico: 3.1. Radiaciones no ionizantes (sol): Cefaleas, sincope, quemaduras de 1,2,3°, dermatitis, cáncer de piel. 4. Fenómenos naturales: 4.1. Precipitaciones: Lluvias y/o granizadas: Resfrió, catarro.	1.1. Pausas activas. 1.2. Higiene postural, pausas activas. 2.1. Uso de guantes de seguridad (carnaza) 2.2. Uso de arnés, eslinga, linea de vida 2.3. Uso obligatorio de casco con barbuquejo, armado de plataformas por encima del área de trabajo. 3.1. Hidratación constante, uso de bloqueador solar, uso de capuchón y ropa manga larga. 4.1. Uso de impermeable en caso de lluvia, suspender actividades en caso de granizadas.
7. Orden y aseo	1. Biomecanico: 1.1. Movimiento repetitivo: tunel del carpo, desordenes musculoesqueleticos, tendinitis, fatiga muscular. 2. Quimico: 2.1. Material particulado: Cuerpo extraño corneal, conjuntivitis, afecciones respiratorias. 3. Psicosocial: 3.1. Condiciones de la tarea: Estres	1.1. Pausas activas. 2.1. Uso obligatorio de gafas de seguridad, humedecer piso al barrer, uso de proteccion respiratoria. 3.1. Charlas de seguridad, comunicacion asertiva.
8. Aplica para todas las actividades	1. Biologico: 1.1. Virus: Covid 19, muerte	1.1. Uso obligatorio de proteccion respiratoria, lavado de manos antes y despues de ingerir cualquier tipo de alimento, distanciamiento social, desinfeccion de herramientas.

3. Señale los permisos de trabajo requeridos y disponga del formato respectivo en el sitio de trabajo

Trabajos en alturas	X	No	Trabajo eléctrico	Si	No	Manipulación de explosivos	Si / No
Trabajos en caliente	Si	No	Espacios confinados	Si	No		
Izaje de cargas	Si	No	Trabajos de voladura	Si	No		

4. Elementos de protección personal que requiere la actividad				5. Aislamiento y necesario	
Casco	SI	Canilleras de carnaza	N/A	Candados de bloqueo	N/A
Barbuquejo	SI	Mascara de gases	N/A	Tarjetas de bloqueo	N/A
Gafas / Monogafas	SI	Botas de seguridad	SI	Otro	
Protección auditiva	SI	Careta Acrílica	N/A		
Mascarilla	SI	Otros		Esta actividad Amerita PST	X Si / No
Guantes	SI			PST: Procedimiento de Trabajo Seguro	

6.Sistemas de Protección Contra Caídas y Sistemas de Acceso que requiere la actividad (Diligenciar Si, No ó NA: No aplica)

Arnés	SI	Línea de vida Horizontal	SI	Otro	
Punto de anclaje	SI	Línea de Vida Vertical	NO		
Mecanismo de anclaje móvil	NO	Mosquetones	NO		
Eslinga de detención de caídas	SI	Ecaleras	SI		
Eslinga de Posicionamiento ó restricción	NO	Andamios	SI		

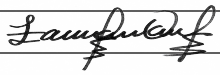
7. Preguntas para considerar antes de iniciar el trabajo (Diligenciar Si, No ó NA: No aplica)

Este trabajo está autorizado?	SI	Tengo las herramientas necesarias?	SI
He sido entrenado para este trabajo ?	SI	He revisado el área de trabajo ?	SI
Este trabajo se ha comunicado a quien pueda afectar?	SI	Cuento con la demarcación necesaria?	SI
Estoy calificado para realizar este trabajo ?	SI	Cuento con la señalización necesaria?	SI
Conozco los riesgos de este trabajo ?	SI	Hay el orden y aseo en el área de trabajo?	SI
Tengo los EPP requeridos?	SI	La iluminación permite hacer un trabajo seguro?	SI
Tengo los SPCC requeridos?	SI	El clima permite hacer un trabajo seguro?	SI
He aplicado la lista de chequeo de los SPCC?	SI	Me siento bien de salud para realizar este trabajo?	SI
Tengo los equipos necesarios?	SI	Estoy libre del efecto de alcohol ó drogas?	SI

8. Participaron en la elaboración y socialización de este ATS, comprendiéndolo y reconociendo su veracidad:

	Nombre	Cargo	Cédula	Firma
1	JOSE FARDI ACHIPIZ	OFICIAL	1075213531	
2				
3				
4				
5				
6				

9. Aprueban este ATS, comprendiéndolo y reconociendo su veracidad:

	Nombre	Cargo	Cédula	Firma
1	ZAYDE SUAREZ ORTIZ	PROFESIONAL SST	26460519	
2				

CONSORCIO SEDE MARSAF	**LISTA DE CHEQUEO SISTEMAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS**	Cod: FT-SST-051 Versión: 1

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Realizada por:	JOSE FARDI ACHIPIZ	**Cargo:**	OFICIAL
Realizada por:	ZAYDE SUAREZ ORTIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL SST
FECHA:	02/01/2024		

ARNES DE SEGURIDAD, ESLINGAS, PUNTOS DE ANCLAJE MOVILES		**ESTADO ADECUADO**		**OBSERVACIONES**
1	**CONDICION DEL TEJIDO O CORREA**	**SI**	**NO**	
1,1	Fibras externas cortadas, desgastadas/desgarradas		X	
1,2	Costuras, cortes o rotura del tejido-Grietas		X	
1,3	Estiramiento excesivo		X	
1,4	Deterioro general		X	
1,5	Corrosión por exposición a ácidos o productos químicos-Quemaduras		X	
2	**ARGOLLAS EN "D" O ANILLOS**			
2,1	Con deformaciones o desgaste excesivo (dobladura, etc.)		X	
2,2	Picaduras, grietas, Corrosión		X	
2,3	Deterioro general		X	
2,4	Otros		X	
3	**HEBILLAS**			
3,1	Con deformaciones o desgaste excesivo (dobladura, etc.)		X	
3,2	Picaduras, grietas, Corrosión		X	
3,3	Deterioro general		X	
3,4	Otros		X	
	CONECTORES-MOSQUETONES			
4	**CONDICIONES GENERALES**		X	
4,1	Desgaste excesivo, deformaciones		X	
4,2	picaduras, grietas		X	
4,3	Resortes con fallas		X	
4,4	Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches)		X	
4,5	Deterioro general, Corosión		X	
4,6	Abertura de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones).		X	
4,7	Otros		X	
	LINEAS DE VIDA			
5	**CONDICIONES GENERALES**		X	
5,1	Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas		X	
5,2	Desgaste excesivo/desgarro/Corrosión		X	
5,3	Deterioro general		X	
5,4	Estiramiento o elongación excesivos		X	
5,5	Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo	X		
5,6	Extremo libre deshilachado		X	
5,7	Otros		X	
	ETIQUETAS			
6	**CONDICIONES GENERALES**			
6,1	Las etiquetas del Arnés estan completas y son legibles?	X		
6,2	En la etiqueta se especifica claramente que el arnés cumple con la Norma ANSI Z359.1?	X		
6,3	Se han inspeccionado los equipos al menos una vez durante el último año?	X		



Responsable del diligenciamiento (Coordinadora T.S.A)

CONSORCIO SEDE MARSAF	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:SSTA-F-26
		V1
	PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	FECHA: 18-09-2023

GENERALIDADES			
FECHA DE APERTURA	2/01/2024	FECHA DE CIERRE	6/01/2024
LUGAR/SITIO EXACTO			
ALTURA APROXIMADA DE TRABAJO (metros)	5MTS	N° PERSONAS CERTIFICADAS A REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS:	1

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO A REALIZAR:

CAMBIO DE LAMINAS DE CUBIERTA

TIPO DE ACCESO (MARQUE CON UNA X EL TIPO DE ACCESO A USAR EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO)			
ESCALERA PORTATIL DE EXTENSIÓN:		MANLIFT:	
ESCALERA PORTATIL TIPO TIJERA:		ACCESO POR CUERDAS:	
ESCALERA FIJA:		OTROS: ANDAMIO CONVENCIONAL	
ANDAMIOS:	X		

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS MÍNIMOS QUE DEBERÁN SER UTILIZADOS POR LOS TRABAJADORES DURANTE LA LABOR (MARQUE CON X)					
CASCO TIPO II CON BARBUQUEJO 3 PUNTOS	X	ESLINGA CON ABSORBEDOR DE IMPACTO DE DOBLE RAMAL O EN Y		SILLA PARA TRABAJO EN SUSPENSIÓN	N/A
GAFAS DE SEGURIDAD	X	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	X	TALON DOBLE PIERNA	N/A
PROTECCION AUDITIVA	X	MOSQUETON DE CIERRE AUTOMATICO		FRENO PARA LÍNEA VIDA FIJA	N/A
PROTECCIÓN RESPIRATORIA		ANCLAJE PORTATIL		KIT DE RESCATE ALTURA	X
BOTAS ANTIDESLIZANTES	X	LINEA DE VIDA PORTATIL HORIZONTAL		OVEROL TYVEK	
GUANTES ANTIDESLIZANTES	X	LINEA DE VIDA PORTATIL VERTICAL	X	ANCLAJE PORTATIL / TIE OFF	
ARNÉS DE CUERPO COMPLETO (MULTIPROPÓSITO O DIELÉCTRICO O KEVLAR (SOLDADORES) SEGÚN APLIQUE	X	ZIG ZAG / DESCENDEDORES		CINTA SALVARRAMAS	N/A
MOSQUETONES		BLOQUEADORES		FRENO ANTICAIDAS PARA CUERDAS	N/A

ESCRIBA LAS HERRAMIENTA A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD

PULIDORA

PLANEACIÓN Y ASEGURAMIENTO (Marque con una X)

ESPACIO PARA SER VALIDADO POR EL COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS EN SITIO

REQUERIMIENTO	L	M	MIE	J	V	S	D
Personal con pago de seguridad social y ARL vigentes.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Personal con certificado de aptitud médico para trabajo en alturas vigente (menor a un año).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Personal con curso para trabajo seguro en alturas vigente (menor a un año).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
El personal desarrollo prueba de alcohol en aliento expirado.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Los EPP y equipos de protección contra caídas utilizar fueron seleccionados por el contratista, inspeccionados previamente y se encuentran en buen estado.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
El enganche de la eslinga al arnés es de ajuste rápido y cuenta con sus respectivos seguros.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se verificaron los puntos de anclaje a ser utilizados por cada trabajador durante la tarea.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
El lugar donde realizará la tarea tiene instalada línea de vida o una estructura donde el trabajador puede asegurarse, es decir que garantice una resistencia mínima de 5000 lb.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Los andamios se encuentran completos, en buen estado y certificados.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se ha identificado presencia de líneas eléctricas cercanas.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Se tienen en cuenta medidas de trabajo seguras para adelantar labores en cercanías a líneas y/o equipos eléctricos energizados.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
En caso de trabajar en espacios confinados o trabajos en caliente (trabajos donde se emite chispas o fuego) se han adoptado las medidas de seguridad correspondientes y se cuenta con certificados de apoyo para cada especialidad.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
El trabajo en alturas mínimo lo van a realizar dos trabajadores o ejecutores. Nombre del AYUDANTE DE SEGURIDAD	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
Los trabajadores realizan el análisis de trabajo seguro y lo socializan con todo el grupo de trabajo antes de iniciar la labor.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se cuenta con el procedimiento para realizar la actividad y ha sido divulgado al personal.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se cuenta con el plan de rescate claro y entendible.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Se ha instalado señalización preventiva que delimite el área de trabajo (cinta, conos, señales tubulares o poli sombras).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

FIRMA DEL PERSONAL PARTICIPANTE

Como trabajador he socializado el análisis de peligros por actividad, comprendo las precauciones que deben ser tomadas y me comprometo a desarrollar el trabajo cumpliendo las medidas de seguridad establecidas, procurando el autocuidado, cumpliendo procedimientos y evitando actos inseguros, así como reportar cualquier daño de equipos o incidentes y/o accidentes presentado.

NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
JOSE FARDI ACHIPIZ	1075213531	OFICIAL	

AUTORIZADO POR

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	FIRMA
COORDINADOR SST	Como coordinador de trabajo en alturas confirmo que he revisado e identificado en sitio, las condiciones de riesgo presentes para el desarrollo del presente trabajo, he divulgado a los trabajadores y he propuesto medidas de prevención para controlar los factores de riesgo.	
JEFE DE BRIGADA DE EMERGENCIA	Como responsable de activar el plan de emergencia, he revisado e identificado el sitio, las condicones de riesgos para del desarrollo del presente trabajo, se tien listo los equipos de primeros auxilios y brigadista en caso de realizar rescate de acuerdo al procedimiento a realizar	
RESIDENTE DE OBRA/ INSPECTOR DE OBRA	Como supervisor y ejecutor confirmo que el grupo de trabajo es el adecuado para realizar la labor, conocen los peligros y riesgos a los cuales van a estar expuestos, se les ha explicado las medidas de control y se han implementado las mismas en pro de evitar la ocurrencia de eventos no deseados. Las herramientas han sido inspecciones y se cuentan con los elementos de protección personal requeridos para la labor.	

OBSERVACIONES