Documentacion Persona Accidentada

Scanned with CamScanner

CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA
Creemos en Santander

CÁMARA DE COMERCIO DE NEIVA

CERTIFICADO GENERADO A TRAVÉS DE LAS VENTANILLAS
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:BARBOSA SANTANDER , 26/03/2009 HORA: 09:45:23
4598713

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: YJL7234B2

LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR EL CONTENIDO Y CONFIABILIDAD, INGRESANDO A WWW.CAMARADIRECTA.COM OPCIÓN CERTIFICADOS ELECTRÓNICOS Y DIGITANDO EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN CITADO EN EL ENCABEZADO. ESTE CERTIFICADO, QUE PODRÁ SER VALIDADO POR UNA ÚNICA VEZ, CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERÓ EN LAS VENTANILLAS O A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CÁMARA.

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE:
NOMBRE: ERIKA ROCIO ALARCON TORRES

ESTADO MATRÍCULA: ACTIVO

EL SECRETARIO DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE NEIVA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRÍCULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

EL PRIMER JUEVES HÁBIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO, SERÁ ELEGIDA LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE NEIVA POR AFILIADOS.
LA INSCRIPCIÓN DE LISTAS DE LOS CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE DE 2009. PARA INFORMACIÓN DETALLADA PODRÁ DIRIGIRSE A LA OFICINA PRINCIPAL, AL CORREO ELECTRÓNICO ELECCIONES2009@CAMARADIRECTA.COM, O PODRÁ OBTENER INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.CAMARADIRECTA.COM

CERTIFICA

MATRÍCULA: 05-415093-01 DEL 2007/26/03
NOMBRE: ERIKA ROCIO ALARCON TORRES
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1099210907
NIT: 10992109087-1

DIRECCIÓN COMERCIAL: CRA 11 # 6-36
MUNICIPIO: BARBOSA SANTANDER
TELÉFONO: 3142889304

Scanned with CamScanner

CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA

EMAIL: ERIKAROCIOALARCON@GMAIL.COM

NOTIFICACIÓN JUDICIAL
DIRECCIÓN: CRA 11 # 6-36
MUNICIPIO: BARBOSA,SANTANDER
TELÉFONO: 3142889427
EMAIL: ERIKAROCIOLARCON@GMAIL.COM

ACTIVOS: 9.000.000

CERTIFICA
CIIU-CODIFICACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

ERIKA ROCIO ALARCON TORRES

ACTIVIDAD PRINCIPAL: 4111 COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

ACTIVIDAD SECUNDARIA: 4118 ESPECIALISTA EN TRABAJO DE MANTENIMIENTO Y REALIZACION DE TRABAJO EN FRIO

CERTIFICA
MATRÍCULA ESTABLECIMIENTO: 415093 DEL 2007/26/03
NOMBRE: AUDITORIAS LEON S.A
FECHA DE RENOVACIÓN: OCTUBRE 09 DE 2015
DIRECCIÓN COMERCIAL: CRA 11 #6-36
MUNICIPIO: BARBOSA, SANTANDER
TELÉFONO: 3142889427
E-MAIL: ERIKAROCIOALARCON@GMAIL.COM
ACTIVIDAD PRINCIPAL: 4111 COORDINADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
ACTIVIDAD SECUNDARIA: 4118 ESPECIALISTA EN TRABAJO DE MANTENIMIENTO Y REALIZACION DE TRABAJO EN FRIO

CERTIFICA
QUE EL MATRICULADO TIENE LA CONDICIÓN DE MEDIANA EMPRESA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL 1 DEL ARTÍCULO 2 DE LA LEY 1429 DE 2010.

CERTIFICA
PROCEDENCIA DE LOS ANTERIORES DATOS: QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DE LOS FORMULARIOS DE MATRÍCULA DILIGENCIADOS POR EL COMERCIANTE.

EXPEDIDO EN BARBOSA 2007/26/03 HORA: 09:45:23- REFERENCIA OPERACIÓN 8576708

LOS ACTOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE, DENTRO DE DICHO TÉRMINO, NO

Scanned with CamScanner

CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA
Creemos en Santander

SEAN OBJETODE LOS RECURSOS DE REPOSICIÓN ANTE ESTA ENTIDAD, Y/O DE APELACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE INSDUSTRIA Y COMERCIO.

PARA EFECTOS DEL CÓMPUTO DE LOS TÉRMINOS LOS SÁBADOS NO SON DÍAS HÁBILES EN LA CÁMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE CONCEPTOS FAVORABLES DE USO DE SUELO, NORMAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD.

ERIKA ROCIO ALARCON TORRES

IMPORTANTE: LA FIRMA DIGITAL DEL SECRETARIO DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE NEIVA CONTENIDA EN ESTE CERTIFICADO ELECTRÓNICO, SE ENCUENTRA EMITIDA POR UNA ENTIDAD DE CERTIFICACIÓN ABIERTA AUTORIZADA Y VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO, DE CONFORMIDAD CON LAS EXIGENCIAS ESTABLECIDAS EN LA LEY 527 DE 1999.

EN EL CERTIFICADO SE INCORPORAN TANTO LA FIRMA MECÁNICA QUE ES UNA REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FIRMA DEL SCRETARIO DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE NEIVA, COMO LA FIRMA DIGITAL Y LA RESPECTIVA ESTAMPA CRONOLÓGICA, LAS CUALES PODRÁN VERIFICAR A TRAVÉS DE SU APLICATIVO VISOR DE DOCUMENTOS PDF.

NO OBSTANTE SI USTED EXPIDIÓ EL CERTIFICADO A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL PÙEDE IMPRIMIRLO DESDE SU COMPUTADOR CON LA CERTEZA DE QUE SE FUE EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO DE NEIVA. LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR, POR UNA SOLA VEZ, SU CONTENIDO INGRESANDO A WWW.CAMARADIRECTA.COM OPCION CERTIFICADOS ELECTRÓNICOS Y DIGITANDO EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL ENCABEZADO DEL PRESENTE DOCUMENTO. EL CERTIFICADO A VALIDAR CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DELCERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERÓ EN LAS VENTANILLAS O A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CÁMARA.

Scanned with CamScanner

HOJA DE VIDA

NOMBRE: CAMILO

APELLIDOS: LEON ORJUELA

CEDULA DE CIUDADANIA: 79.859.077 BOGOTA

PROFESIÓN: TRABAJOS DE ALTO RIESGO EN ALTURAS.

DIRECCIÓN: VEREDAD FRANCISCO DE PAULA

CELULAR: 3204968100

E-MAIL: CAMILOLEON,564@GMAIL.COM

Scanned with CamScanner

FORMACIÓN ACADÉMICA

ESTUDIOS PRIMARIOS:

- INSTITUTO INTEGRADO DE COERMCIO

ESTUDIOS SECUNDARIO
-COLEGIO INDUSTRIAL DE PUENTE NACINAL

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y TÉCNICOS

-CURSO AVANZADO DE TRABAJO EN ALTURAS

-CURSO BÁSICO DE SALUD OCUPACIONAL

-TÉCNICO EN MANTENIMIENTO DE MOTORES A GAS Y GASOLINA

-OPERARIO DE MAMPOSTERÍA

-OPERARIO DE MONTACARGAS Y BOBCAT

-TRABAJO EN FRIO

Scanned with CamScanner

PERFIL PROFESIONAL

CON AMPLIA EXPERIENCIA Y CAPACITADO ENTRE OTROS PARA:

- TRABAJO DE ALTO RIESGO EN ALTURAS
- TRABAJO EN FRIO

EXPERIENCIA LABORAL

- EMPRESA SOLUCIONES SAS TEL:34145679839
- MELATICAS Y ALGO MAS

CAMILO LEON ORJUELA

C.C. 79.858.077 BOGOTA

Scanned with CamScanner

CONTRATO A TÉRMINO FIJO

ERIKA ROCIO ALARCON TORRES , identificado con cédula de ciudadanía No. 1099210907 actuando como representante legal de **AUDITORAS LEON S.A** identificado con el NIT. No.1099210907 , domiciliado en la Carrera 11 N°6-36 del municipio de BARBOSA SANTANDER , quien en adelante se denominará EMPLEADOR CAMILO LEON ORJUELA identificada con cédula de ciudadanía No.79859077, de Bogotá residente en Barbosa , quien en adelante se denominará TRABAJADOR, acuerdan celebrar el presente CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO, por un periodo de cuatro años que se regirá por las siguientes cláusulas: PRIMERA.- OBJETO: El EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR, para realizar actividades de alto riesgo, específicamente Trabajos en Alturas y la realización de trabajos en frio y los que se deriven de estas labores. PARÁGRAFO. - El TRABAJADOR acepta los cambios de labores decididos por el EMPLEADOR siempre que sus condiciones laborales se mantengan. SEGUNDA. - INICIACIÓN Y JORNADA DE TRABAJO: El TRABAJADOR iniciará labores a partir de 25 de febrero de 2009 con una jornada laboral comprendida entre las 07:00 a.m. y las 17:00 p.m. de lunes a viernes con un receso de una hora diaria destinada al almuerzo del trabajador. TERCERA. - LUGAR DE TRABAJO: El lugar de trabajo será en la Carrera 11 N°6-36 del municipio de BARBOSA SANTANDER y puede ser modificado por acuerdo entre las partes, siempre que las condiciones laborales del trabajador no sufran desmejora o se disminuya su remuneración o le cause perjuicio. CUARTA. - SALARIO: El TRABAJADOR devengará dos millones ochocientos mil pesos M/C ($2.800.000), pagaderos en mensual, que incluye la remuneración de los descansos dominicales y festivos. QUINTA. - OBLIGACIONES: El TRABAJADOR deberá cumplir con las siguientes obligaciones: a) Colocar al servicio del EMPLEADOR su capacidad normal de trabajo, de manera exclusiva en el desempeño de las funciones encomendadas y en las labores conexas, según ordenes e instrucciones del empleador o sus representantes. b) Trabajar durante la vigencia del presente contrato única y exclusivamente al servicio del EMPLEADOR. c) Cumplir con la jornada de trabajo dentro de los turnos y horario señalado por el EMPLEADOR. d) Las demás consagradas en el artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo. SEXTA. - TRABAJO EXTRA, EN DOMINICALES Y FESTIVOS: El trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en domingo o festivo en los que deba concederse descanso, será remunerado conforme a la Ley, al igual que los respectivos recargos nocturnos. Es de advertir que dicho trabajo debe ser autorizado por el empleador o sus representantes, para efectos de su reconocimiento. SÉPTIMA. - JUSTAS CAUSAS PARA DESPEDIR: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato, por cualquiera de las partes, las expresadas en los artículos 62 y 63 del Código sustantivo del Trabajo. OCTAVA. - PERIODO DE PRUEBA: Acuerdan las partes fijar como periodo de prueba los primeros quince días a partir de la vigencia de este contrato. Durante este periodo las partes pueden dar por terminado unilateralmente el contrato. En el caso de existir prórroga o nuevo contrato entre las partes se entiende que no existirá para esto nuevo periodo de prueba. NOVENA. - AVISO DE TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO: Cualquiera de las partes puede dar por terminado el contrato dando aviso a la otra con una anticipación mayor a treinta (30) días de la fecha de vencimiento del periodo contratado. En caso de no producirse tal aviso, o de hacerlo en un termino inferior al establecido, la parte que termina el contrato deberá a la otra, a título de indemnización, el equivalente a treinta (30) días de salario o proporcional al tiempo que falte. DECIMA. - PRORROGA: Si el aviso de terminación unilateral del contrato no se da o se da con una anticipación menor a treinta (30) días el contrato se prorroga por un periodo igual al inicial, siempre que subsistan las causas que lo originaron y la materia del trabajo. DECIMA PRIMERA. - El presente contrato reemplaza y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito, que se

Scanned with CamScanner

hubiera celebrado entre las partes con anterioridad. DECIMA SEGUNDA. - Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento.
Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Barbosa carrera 11 N°6-36 del municipio de BARBOSA SANTANDER dada a los 25 dias del mes de febrero del 2009

EMPLEADOR

ERIKA ROCIO ALARCON ZAFRA
C. C. No. 1.099.210.907

TRABAJADOR

C. C. No.79.859.077

TESTIGOS

C.C: 1008591751
Cargo: Operario de maquina

C.C: 91.016.086.
Cargo: Ayudante Tecnico

Scanned with CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a)**CAMILO LEON ORJUELA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **79859077** se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de febrero del 2009

Gerente de Clientes

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellin,25 de febrero del 2009

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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de PERSONAL TOTALCO que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000005 - RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C79859077	LEON ORJUELA CAMILO	24/02/2009	15/07/2009	214191H4	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C911041701830532878

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/11/2018 09:07:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.179.100.35, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

- ORIGINAL: E.P.S. -

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

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

"Código Documento para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: leon | SEGUNDO APELLIDO: oyuela | PRIMER NOMBRE: Camilo | SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] R.C. [ ] C.C. [X] P.A. [ ] C.D. [ ] C.E. [ ] | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1098509077 | 9. SEXO: F [ ] M [X] | 10. FECHA NACIMIENTO: 13 07 75

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código [ ] | 12. DISCAPACIDAD: Tipo F. S. M. [ ] Condición T. P. [ ] | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: POLOENIR | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1'500.000. | 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Vereda Francisco. -- | ZONA U. [ ] R. [X] | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Baibosa | DEPARTAMENTO: Santander | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3104968100 | CORREO ELECTRÓNICO: camiloleon.56@gmail.com | CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] R.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] | 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO: F [ ] M [ ] | 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo / Condición
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo asigna la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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: AUDITORIAS leon SIA | 36. Tipo documento de identidad: NI [X] | 37. Número documento de Identidad: 79859077 | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: POLOENIR
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Carrera 11 #6-36. | Baibosa | Santander | TELÉFONO FIJO: 3182894427 | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 25 02 2009 | CARGO: Ayudante tecnico | SALARIO: 1'500.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ] | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO F [ ] M [ ] | FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO
42. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO | 43. EPS ANTERIOR Código | 44. MOTIVO DE TRASLADO Código | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Jurumentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

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 la 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 en 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: DÍA MES AÑO
69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

EDITADO ENERO / 2019

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Scanned with CamScanner

Documentación Resbnsable S6-SST

Scanned with CamScanner

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO
A TÉRMINO INDEFINIDO

NOMBRE DEL EMPLEADOR ERIKA ROCIO ALARCON TORRES	DIRECCION DEL EMPLEADOR CARRERA 11N°6-36
NOMBRE DEL TRABAJADOR **MARIA FERNANDA LEON TORRES**	DIRECCION DEL TRABAJADOR CALLE 17N° 8-59
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD 15 DE 01 DE 1997, BARBOSA SANTANDER COLOMBIA	CARGO A DESEMPEÑAR COORDINADOR DE SST Y TRABAJO EN FRIO

SALARIO: DOS MILLONES OCHOSIENTOS MIL PESOS . ($2,800.000) MENSUALES	
TERMINO DE DURACIÓN DEL CONTRATO: **INDEFINIDO**	
PERIODOS DE PAGO MENSUAL	FECHA DE INICIACION DE LABORES 25 DE FEBRERO 2009
LUGAR DONDE DESEMPEÑA LAS LABORES BARBOSA	CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR BARBOSA

Entre EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR, de las condiciones ya dichas, identificados. Como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO.** EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR y éste se obliga: a) a poner al servicio del EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementadas del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta EL EMPLEADOR directamente o a través de sus representantes. b) a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato; y c) a guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo. PARAGRAFO: El TRABAJADOR desempeñará el cargo de **coordinador de SST y trabajo en frio** , cumpliendo de manera general las siguientes actividades:

- Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado
- Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud posible
- Observar en el desarrollo del presente convenio los criterios técnicos y las recomendaciones dadas por el CONTRATANTE, de acuerdo a sus necesidades.
- Poner a disposición del CONTRATANTE, todos los conocimientos y recursos requeridos para el cabal cumplimiento del presente contrato en sus objetivos acordados entre las partes.
- Mantener informado al CONTRATANTE de toda comunicación que por razón de su prestación del servicio debe conocer.
- Cumplir oportunamente con las actividades a desarrollar contenidas en el presente convenio.
- Cumplir oportunamente con sus obligaciones de pago a la Seguridad Social.

Scanned with CamScanner

- Presentar soportes de pago de Seguridad Social anexo con informe de actividades y productos desarrollados.
- Realizará entregas parciales con el fin de que EL CONTRATANTE evalué el avance de los productos a desarrollar y hacer correcciones necesarias, las fechas de entrega se definen de mutuo acuerdo.

La descripción anterior es general y no excluye ni limita para ejecutar labores conexas complementarias, accesorias o similares y en general aquellas que sean necesarias para un mejor resultado en la ejecución de la causa que dio origen al contrato, pudiendo en consecuencia complementar e implementar la descripción que por vía de ejemplo se establecen en este acuerdo

SEGUNDA: REMUNERACION. EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades mensualmente sin que ello signifique que unilateralmente el empleador pueda pagar por periodos menores. Dentro de la retribución acordada se encuentra incluida los descansos dominicales y festivos. **PARAGRAFO:** El trabajador autoriza al empleador para que la retribución así como cualquier otro beneficio, sea prestacional, descanso vacaciones etc. originado en la existencia y/o terminación del contrato sean consignadas o trasladadas a cuenta que desde ya el trabajador autoriza al empleador para que sea Abierta a su nombre en una institución financiera. **TERCERA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICALY/O FESTIVO.** Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, EL EMPLEADOR o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al EMPLEADOR o a sus representantes para su aprobación. EL EMPLEADOR, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o que, habiendo sido avisado inmediatamente, no haya sido aprobado como queda dicho. El empleador fijara las jornadas laborales de acuerdo a las necesidades del servicio pudiendo variarlas durante la ejecución del presente contrato. **CUARTA: JORNADA DE TRABAJO.** EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada máxima legal, salvo estipulación expresa y escrita en contrario, en los turnos y dentro de las horas señalados por el EMPLEADOR, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en la ley, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de las mismas. **QUINTA: PERIODO DE PRUEBA.** Los primeros dos meses del presente contrato se consideran como periodo de prueba y, por consiguiente, cualquiera de las partes podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo, sin que se cause el pago de indemnización alguna. **SEXTA: DURACION DEL CONTRATO.** La duración del contrato será indefinida, mientras subsistan las causas que le dieron origen y la materia del trabajo. **SEPTIMA: TERMINACION UNILATERAL.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las que establece la Ley y el reglamento interno de Trabajo.**OCTAVA: INVENCIONES.** Las invenciones realizadas por EL TRABAJADOR le pertenecen a la empresa siempre y cuando estas sean realizadas con ocasión y dentro de la ejecución del contrato de trabajo, y como parte del cumplimiento de las obligaciones del cargo. También lo son aquellas que se obtienen mediante los datos y medios conocidos o utilizados en razón de la labor desempeñada. **NOVENA: DERECHOS DE AUTOR.** Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras creadas por el TRABAJADOR en ejercicio de sus funciones o con ocasión ellas pertenecen al EMPLEADOR. Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos morales de autor que permanecerán en cabeza del creador de la obra, de acuerdo con la ley 23 de 1982 y la Decisión 351 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena. **DÉCIMA: TRASLADOS:** Desde ya el trabajador acuerda que el empleador podrá trasladarlo desde el lugar, cargo y/o sitio de trabajo de acuerdo a las necesidades del servicio siempre y cuando no se menos cabe el honor la dignidad o se produzca una desmejora sustancial o grave perjuicio con ocasión a la citada orden. El empleador esta obligado a asumir los gastos originados en el traslado. Siempre que sea una decisión unilateral de la empresa **DÉCIMA PRIMERA: BENEFICIOS EXTRALEGALES**: El empleador podrá reconocer beneficios, primas, prestaciones de naturaleza extra legal, lo que se hace a titulo de mera liberalidad y estos subsistirán hasta que el empleador decida su modificación o supresión, atendiendo su capacidad, todos los cuales se otorgan y reconocen, y el trabajador así lo acuerdan sin

Scanned with CamScanner

que tengan carácter salarial y por lo tanto no tienen efecto prestacional o incidencia en la base de aportes en la seguridad social o parafiscal en especial este acuerdo se refiere a auxilios en dinero o en especie, primas periódicas o de antigüedad o en general beneficios de esa naturaleza los que podrán ser modificados o suprimidos por el empleador de acuerdo con su determinación unilateral tal como fue otorgado. **DÉCIMA SEGUNDA: MODIFICACION DE LAS CONDICIONES LABORALES.** El TRABAJADOR acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por el EMPLEADOR, en ejercicio de su poder subordinante, de sus condiciones laborales, tales como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto en la Ley. **DÉCIMA TERCERA: EFECTOS.** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de este contrato.

Se suscribe por las partes que intervienen en el acto, en señal de aceptación el 25 de febrero del 2019

Erika Rocio Alarcon T.

ERIKA ROCIO ALARCON TORRES
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1099210490 **Barbosa.**
S.

MARIA FERNANDA LEON TORRES
EMPLEADO
C.C 1'099'215.000 **de Barbosa**

Scanned with CamScanner

HOJA DE VIDA

NOMBRE:	MARIA FERNANDA
APELLIDOS:	LEON TORRES
CEDULA DE CIUDADANIA:	1099215000
PROFESIÓN:	COORDINADOR DE ALTURAS
MATRICULA PROFESIONAL:	1234568
ESPECIALIZACIÓN:	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MAESTRÍA:	MANTENIMEINTO DE TUBERIA
LICENCIA:	Lic.2345
DIRECCIÓN:	CALLE 17 N°8-59
Cel.	3046443558

Scanned with CamScanner

FORMACIÓN ACADEMICA

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS:

- UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

TITULO OBTENIDO: COORDINADOR DE ALTURAS

- UNIVERSIDAD AUTONOMA

TITULO OBTENIDO: ESPECILISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

- UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA

TITULO OBTENIDO: MANTENIMIENTO DE TUBERIA

DISTINCIONES

PARA ESPECIALIZACIÓN INDIVIDUAL EN HIGIENE INDUSTRIAL

ESPAÑA

- LICENCIA: PARA SEGURIDAD OCUPACIONAL, HIGIENE OCUPACIONAL, INVESTIGACIÓN, EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN, DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL

Scanned with CamScanner

PERFIL PROFESIONAL

CON AMPLIA EXPERIENCIA Y CAPACITADO ENTRE OTROS PARA:

- GERENCIA Y COORDINACIÓN DE PROGRAMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- DISEÑO, ELABORACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
- CONTROL DEL MANTENIMIENTO DE TUBERIA
- ASESORIAS PARA CERTIFICACIÓN DE NORMAS ISO 9000, 14000 Y OHSAS 18000,
- AUDITORÍAS INTERNAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE
- ESTUDIOS DE RUIDO, ILUMINACIÓN, ESTRÉS TÉRMICO Y MATERIAL PARTICULADO
- ELABORACIÓN DE NORMAS DE OPERACIÓN SEGURA PARA TODO TIPO DE OPERACIÓN, MAQUINARIA Y EQUIPO
- ELABORACIÓN FICHAS TÉCNICAS DE PRODUCTOS
- DESARROLLO DE PROYECTOS DE INGENIERÍA CONCEPTUAL, CÁLCULO Y DISEÑO REFERENTES AL ÁREA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
- DISPOSICIÓN Y HABITUADO PARA TRABAJO EN EQUIPO HUMANO INTERDISCIPLINARIO
- BUEN ENTENDIMIENTO DE LOS ASPECTOS ÉTICOS, AMBIENTALES, SOCIALES Y LEGALES DE LA PROFESIÓN Y ÁREA DE TRABAJO
- CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN
- ELABORACIÓN DE PLANES DE CONTINGENCIA Y EMERGENCIA

Scanned with CamScanner

- ELABORACIÓN DE MANUALES PARA CONTRATISTAS

- INDUCCIÓN, INTERVENTORÍAS Y SEGUIMIENTO A TRABAJOS CON CONTRATISTAS

- INDUCCIÓN DE HIGIENE Y SEGURIDAD PARA TODO TIPO DE TRABAJOS

- ESTABLECIMIENTO DE PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

-DISEÑO Y REDISEÑO DE MÉTODOS Y NORMAS PARA OPERACIÓN SEGURA Y PRODUCTIVA

- INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO

-PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA PRODUCCIÓN

- CONTROL DE PROCESOS INDUSTRIALES

- DOCENCIA EN PREGRADO Y POSTGRADO

- DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS PRODUCTIVOS

- PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRODUCCIÓN EN CUALQUIER SECTOR PRODUCTIVO

Scanned with CamScanner

EXPERIENCIA LABORAL

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD INDUSTRIAL INDUSTRIA LICORERA DE CALDAS 22 AÑOS DOCENTE MODULOS HIGIENE INDUSTRIAL ESPECIALIZACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO UNIVERSIDAD LIBRE

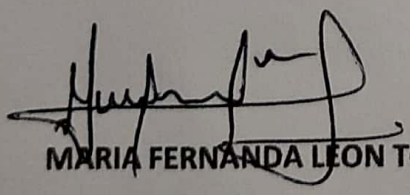
- SECCIONAL PEREIRA DOCENTE MODULOS HIGIENE INDUSTRIAL EN ESPECIALIZACIÓN DE SALUD OCUPACIONAL RUIDO, ILUMINACIÓN TEMPERATURAS Y CONTAMINACIÓN POR QUÍMICOS UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

– MANIZALES DOCENTE CATEDRA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL Y TALLER DE PLANTAS INDUSTRIALES EN PREGRADO UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

– MANIZALES 16 SEMESTRES (ACTUALMENTE VINCULADO) DOCENTE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, INGENIERÍA DE PROCESOS, GESTION TECNOLOGICA, INGENIERÍA DE PLANTAS UNIVERSIDAD AUTONOMA

– MANIZALES 22 SEMESTRES (ACTUALMENTE VINCULADO) EVALUACIÓN DEL GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LAS EMPRESAS DEL SECTOR METALMECANICO DE LA REGIÒN CENTRO SUR DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS, EN EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE MECANICA Y PRODUCCIÓN DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES ELABORACIÓN MANUAL Y NORMAS PARA CONTROL DE RIESGO

ELECTRICO Y MECANICO Y MANUAL PARA CONTRATISTA CONFAMILIARES CALDAS



MARIA FERNANDA LEON TORRES

C.C: 1099215000 BARBOSA SANTANDER

Licencia en SST. No2345. SSMC

Matricula profesional 1234568

Scanned with CamScanner

RESOLUCION No. 1348

Por la cual se concede la licencia de prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo.

LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BARBOSA

En usos de sus facultades legales, especialmente las conferidas en la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social.

CONSIDERANDO

Que el señora MARIA FERNANDA LEON TORES profesional de Seguridad y Salud en el Trabajo, identificado con cédula de ciudadanía No. 109921500 0expedida en Barbosa, Santander, ha solicitado la licencia de prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: CONCEDER LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: MARIA FERNANDA LEON TORRES, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.099.215.000 expedida en Barbosa Santander,** en las áreas de, higiene y seguridad industrial, investigación del área técnica, investigación de accidentes de trabajo, capacitación, administración y ejecución del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia de que trata el artículo anterior tiene vigencia por el término de diez años contados a partir de su ejecutada.

PARÁGRAFO: La licencia es válida en todo el territorio nacional, es personal e intransferible.

ARTÍCULO TERCERO: contra la presente Resolución procede el recurso de posición de conformidad.

NOTIFÍQUECE Y CÚMPLASE

10 DE FEBRERO DE 2008

Antonio Gamba Caballero

Secretario de salud departamental de Barbosa Santander

Scanned with CamScanner

Barbosa, 23 de febrero de 2009

ASIGNACION DE RESPONSABLE SG-SST

La empresa, soluciones león designa a MARIA FERNANDA LEON TORRES identificado con documento de identidad N°1099215000el cual se desempeña en el cargo de como responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con un tiempo específico de ciento veinte (120) horas mensuales que estarán incluidas dentro de la jornada laboral; Las funciones a desempeñar se describen a continuación:

- Planear como organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el SG-SST y como mínimo una vez al año, realizar su evaluación.
- Realizar seguimiento a la implementación y mantenimiento del SG-SST.
- Participar de las reuniones, inspecciones y revisiones gerenciales en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Informar al representante legal de la empresa sobre el funcionamiento y los resultados del SG-SST.
- Promover la participación de todos los miembros de la empresa en la implementación del SG-SST.
- Capacitar a los empleados en temas referentes a Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Asistir a las capacitaciones brindadas por la ARL, además, hacer socialización de las mismas con cada uno de los empleados de la empresa.
- Asegurar que se promueva, en los empleados de la empresa, la toma de conciencia y cultura de cero accidentes, enfermedades laborales y buenas practicas.

Como aceptación de nombramiento y acuse de recibo, se firma en las instalaciones de la empresa Ecopetrol a los 25 días del mes enero del año 2010.

Representante Legal

Erika Rocío Alarcón torres
cc: 1.099.210.907

Responsable del SG-SST

Maria Fernanda Leon torres
cc:1099215000

Scanned with CamScanner

REUNIÓN COPASST

ASISTENTES	
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
ERIKA ROCIO ALARCON TORRES	REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR
SILVIA JULIANA LEON TORRES	REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES
MARIA FERNANDA LEON TORRES	ESPECIALISTA EN SST

El día **27 DE ABRIL DEL 2009** a las **3:30** pm de la tarde se llevó a cabo la undécima reunión del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST), en la empresa AUDITORIAS LEON S.A

La reunión se realizó en las instalaciones de la empresa AUDITORIAS LEON S.A fue dirigida por la ingeniera y especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, MARIA FERNANDA LEON TORRES con la intención de capacitar de forma básica a los integrantes del comité sobre las generalidades del COPASST, funciones de los miembros del comité, responsabilidades de representar a los trabajadores en el grupo, importancia y deber de realizar las reuniones. La reunión se realizó con el representante del empleador, el representante de los trabajadores y la especialista en SST.

ORDEN DEL DIA

1. Se dio a conocer los resultados de la evaluación inicial, los estándares donde no cumplía la empresa con el fin de que sean reconocidos por los integrantes de la empresa.

2. Para dar cumplimiento a estas falencias, se llegó al acuerdo de que se cumplirán estos estándares siguiendo con las reuniones estipuladas en las actas del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, también realizar un plan de mejora mediante enseñanza didáctica para así ser socializada con los demás empleados de la empresa.

3. Las necesidades manifestadas mediante la reunión fueron:

   - Capacitación de orden y aseo para los trabajadores del nivel operario.
   - Capacitación de higiene postural/levantamiento de cargas.
   - Revisión anual de los equipos de trabajo seguro en alturas, pues varios empleados manifiestan el deterioro de los mismos.

4. El compromiso pactado para la siguiente reunión es de asignar una fecha para la realización de las capacitaciones nombradas anteriormente con la participación de trabajadores en específico.

Scanned with CamScanner

5. Se llega al acuerdo de que la siguiente reunión será realizada en el auditorio central del municipio de Neiva, con acompañamiento directo de un especialista en Normas de tránsito para llevar a cabo de la mejor manera la capacitación sobre seguridad vial.

REPRESENTANTE DE LOS EMPLEADOS

ESPECIALISTA EN SST

ERIKA ROCIO ALARCON TORRES

REPRESENTANTE LEGAL

Scanned with CamScanner

FORMATO ACTA DE CONFORMACION DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – COPASST

El día 27 del mes de febrero_ del año 2009 se eligió el Comité Paritario de Salud en el Trabajo (COPASST) de la empresa AUDORIAS LEON S.A´, para el periodo UN AÑO, durante el cual el empleador se obliga a brindar 4 horas semanales dentro de la jornada normal para que estos realicen sus respectivas funciones, dando así cumplimiento a las exigencias de la Resolución 2013 de 1986, Resolución 2400 de 1979, el Decreto 1295 de 1994, la Ley 776 de 2002 y Decreto 1072 de 2015, se designa como Vigía principal en Seguridad y Salud en el trabajo por parte del representante legal a SILVIA JULIANA LEON TORRES identificada con c.c. 1007451297 y como vigía suplente a VIVANA TORRES RONCACIO identificado con c.c.30204881

Firma del representante legal

ERIKA ROCIO ALARCON TORRES

C.C: 1099210907

Vigía principal

Silvia Juliana León

Cargo: Auxiliar

c.c: 1007451297

vigía suplente

Cargo: Secretaria

c.c: 30204881

Scanned with CamScanner

FORMATO DE INVESTIGACION DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO PARA EMPRESAS AFILIADAS A ARL-SURA RESOLUCION 1401 DE 2007

ARL SURA

Versión 2 - 20/12/2013

ACCIDENTE ____ ACCIDENTE GRAVE ____ ACCIDENTE MORTAL ____ ACCIDENTE LEVE ____ INCIDENTE ____

FECHA EN QUE SE ENVÍA LA INVESTIGACIÓN A LA ARL: 03 / 25 / 2009 MM/DD/AA

FECHA EN QUE SE ENVÍA RECOMENDACIÓN A LA EMPRESA: ____ / ____ / ____ MM/DD/AA

COORDINADOR DELEGADO: CARGO: JURA CÓDIGO ARL

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO: NUEVA EPS CÓDIGO EPS ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO

AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO: PORVENIR SEGURO SOCIAL SI ☐ NO ☐ CUÁL CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR ☒ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Kafeteria de trabajo en mantenimiento..... CÓDIGO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: AUCHORAS LEON JIA TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NI ☒ CC ☐ CE ☐ N.U ☐ PA ☐ NÚMERO: 1099210907

DIRECCIÓN: Calle 11#6-36 TELÉFONO FAX

CORREO ELECTRÓNICO: Edwinacostarincon@gmail.com DEPARTAMENTO: Santander MUNICIPIO: Baibosa ZONA U ☒ R ☐

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR — CÓDIGO

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI ☒ NO ☐ SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:

DIRECCIÓN: TELÉFONO: FAX:

DEPARTAMENTO: MUNICIPIO: ZONA U ☐ R ☐

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA ☒ (2) MISIÓN ☐ (3) COOPERADO ☐ (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ ☐ (5) INDEPENDIENTE ☐ CÓDIGO (5):

PRIMER APELLIDO: Tean SEGUNDO APELLIDO: Orjuela PRIMER NOMBRE: Camilo SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC ☒ CE ☐ N.U ☐ TI ☐ PA ☐ NÚMERO: 1098590777 FECHA DE NACIMIENTO: 13 / 07 / 1997 SEXO: M ☒ F ☐

DIRECCIÓN: Vereda. Francisco de Paula TELÉFONO: 3049669100. FAX:

DEPARTAMENTO: Santander MUNICIPIO: Baibosa ZONA U ☒ R ☐ CARGO: Ayudante Tecnico

OCUPACIÓN HABITUAL: Ayudante Tecnico CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL: TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: D D M M

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 25 / 02 / 2009 SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) DIURNA ☒ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: 16 / 03 / 2009 HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): 14 : 16 DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: LU ☒ MA ☐ MI ☐ JU ☐ VI ☐ SA ☐ DO ☐

JORNADA EN QUE SUCEDE: (1) NORMAL ☒ (2) EXTRA ☐

ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI ☒ (2) NO ☐ CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo) CÓDIGO

TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: 07 / 16

TIPO DE ACCIDENTE: (1) VIOLENCIA ☐ (2) TRÁNSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☒

CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI ☒ (2) NO ☐

DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: Santander FECHA DE LA MUERTE DD/MM/AA: 16 / 03 / 2009 MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: Baibosa ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: U ☒ R ☐

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☐ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐

INDIQUE CUÁL SITIO (Indique donde ocurrió)

- ☐ (1) ALMACENES O DEPÓSITOS
- ☐ (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
- ☐ (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS
- ☐ (4) CORREDORES O PASILLOS
- ☐ (5) ESCALERAS
- ☐ (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
- ☐ (7) OFICINAS
- ☐ (8) OTRAS ÁREAS COMUNES
- ☐ (9) OTRO. (Especifique)

Realizaban de mantenimiento y trabajo en Tilo

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)

- ☐ (10) FRACTURA
- ☐ (20) LUXACIÓN
- ☐ (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA
- ☐ (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
- ☐ (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)
- ☐ (41) HERIDA
- ☐ (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
- ☐ (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO
- ☐ (60) QUEMADURA
- ☐ (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN AGUDA O ALERGIA
- ☐ (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
- ☐ (81) ASFIXIA
- ☐ (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
- ☐ (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
- ☐ (90) LESIONES MÚLTIPLES
- ☐ (99) OTRO. (Especifique)

muerte

Scanned with CamScanner

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA:	
	(1) CABEZA
	(1.12) OJO
	(2) CUELLO
	(3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis)
	(3.32) TÓRAX
	(3.33) ABDOMEN
	(4) MIEMBROS SUPERIORES
	(4.46) MANOS
	(5) MIEMBROS INFERIORES
	(5.56) PIES
X	(6) UBICACIONES MÚLTIPLES
	(7) LESIONES GENERALES U OTRAS

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)	
	(1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
	(2) MEDIOS DE TRANSPORTE
	(3) APARATOS
	(3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
	(4) MATERIALES O SUSTANCIAS
	(4.4) RADIACIONES
X	(5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, techos, en el exterior, interior o subterráneos)
	(6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
	(6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
	(7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE	
X	(1) CAÍDA DE PERSONAS
	(2) CAÍDA DE OBJETOS
	(3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
	(4) ATRAPAMIENTOS
	(5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
	(6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
	(7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
	(8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
	(9) OTRO. (Especifique)

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué pasó, cuándo, dónde, cómo y por qué)

Anexo 1 Descripcion del Accidente.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI [X] NO [ ] EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Barbosa Rivero Ricardo	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ] No:
CARGO: Ayudante de trabajo en frio	
DECLARACIÓN: Anexo 2 Declaracion testigo	FIRMA:
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Leon Torres Silva Juliana.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ] No: 1007751297
CARGO: Ayudante Tecnico.	
DECLARACIÓN: Anexo 3 Declaracion testigo	FIRMA:

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Leon Torres Silva Fernando	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ] No.
CARGO: Profesional SST	
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE: 20 08 2009

V. OBSERVACIONES DE LA EMPRESA (EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL, JEFE INMEDIATO Y COMITÉ PARITARIO

- Se deben Adelantar Servicios especializados De Altas Complejidad tecnica Con Firmas especializadas y Personal Competente
- Elaboracion De un Plan Detallado Para la Realizacion De trabajo en frio

VI. DIBUJO O FOTOS (COLOCAR ACÁ EN FORMATO J.P.G. O ANEXAR)

Anexo 4 Dibujo y Fotografia

VII. DISEÑO ESQUEMÁTICO DEL ÁRBOL DE CAUSAS (COLOQUE EL ARBOL DE CAUSAS EN ESTE SITIO O ANEXAR)

Anexo 5 Arbol De Causas

Scanned with CamScanner

VIII. RESUMEN DE CAUSAS Y CONCLUSIONES (Las causas encontradas en el arbol colocarlas en sus respectivos campos)

CAUSAS INMEDIATAS		CAUSAS BASICAS	
CONDICIÓN SUBESTANDAR	ACTOS SUBESTANDAR	FACTORES DE TRABAJO	FACTORES PERSONALES
✓ Escalera de mano insegura	✓ Inasistencia y Insuficiencia del Procedimiento	✓ Ausencia de Vigilancia y Control	✓ Exceso de Confianza
✓ Inestabilidad de los elementos Necesarios	✓ Posicionamiento inadecuado	✓ Falta de medidas Preventivas	✓ Irresponsabilidad

IX. MEDIDAS DE INTERVENCION NECESARIAS A IMPLEMENTAR BUSCANDO QUE EL EVENTO NO SE REPITA

CONTROLES A IMPLEMENTAR SEGÚN LISTA PRIORIZADA DE CAUSAS	TIPO DE CONTROL (Señalar con una X en donde aplica)			FECHA EJECUCION DD/MM/AA	FECHA VERIFICACION DD/MM/AA	EFECTIVIDAD DE LA MEDIDA		AREA O PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICACION DE LA EMPRESA
	FUENTE	MEDIO	PERSONA					
✓ Implementar un plan para la realización de trabajo en frio	X							Responsable SST
✓ Realizacion de Capacitaciones		X						
✓ Implementacion de medidas Preventivas								

X. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION

NOMBRE	CARGO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	FECHA DD/MM/AA	HORA __/__	FIRMA DOC IDENTIF
Hernando Saavedra.	REP. COPASO (Necesario)	Santander	Barbosa	Carrera 11 Nº 636.	20/03/2009	07:00	
ERIKA ROCIO ALARCON.	JEFE INMEDIATO (Necesario)	Santander	Barbosa	Cra 4 #6-27	20/03/2009	07:00	
Maria Fernanda Leon	COORDINADOR SO (Necesario)	Santander	Barbosa	Calle 17 Nº 8-59	20/03/2009	07:00	
	PERSONAL ENCARGADO DEL DISEÑO DE NORMAS, PROCESOS Y/O MANTENIMIENTO (Necesario)						
	REPRESENTANTE DE LA EMPRESA USUARIA O CLIENTE (Si aplica)						

REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
ERIKA ROCIO ALARCON TORRES	ERIKA ROCIO ALARCON TORRES
	1099210907

PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	LICENCIA NO	EXPEDIDA POR	FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
Maria Fernanda Leon	2345	Secretaria de Barbosa.	1099215000

LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE FORMATO ES DE PROPIEDAD EXCLUSIVA DE LA EMPRESA. LA ARL-SURA NO SE HACE RESPONSABLE POR LOS DATOS QUE ALLÍ APARECEN.

FECHA DE ENVÍO DE LA INVESTIGACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES A LA DIRECCION TERRITORIAL DEL MINISTERIO DEL TRABAJO
(ESPACIO PARA SER DILEGENCIADO POR LA ARL) _MM__ / DD___ / AA___

Scanned with CamScanner

Anexo 1 Descripcion Del Accidente

El Accidente Sucedio Cuando el trabajador de la empresa ADOMOVIA leon SiA identificado como Camilo leon Ojeda de 44 años de edad se encontraba Realizando la terminacion de una Fachada de la Casa #11 del barrio Santa Fe A una Altura Aproximadamente de 7,30 m Para Alcanzar la Altura de la zona a Pintar dispuso una escalera extendible a tres tramos Sobre un Andamio Siendo las 14:16 Del dia 16/03/2009 los movimientos llevaron a la inestabilidad de la escalera Causando la Caida del trabajor, y de esa manera Causando la muerte del trabajador Por las lesiones Provocadas Por el golpe.

Anexo 2 Declaracion Testigo.

Nos encontrabamos en el lugar de trabajo ya Casi Por Finalizar el trabajo mi Compañero Camilo me Pidio el Favor de que le Pasara la escalera transcurrieron unos 20min despues de la instalacion y el Cae debido a la inestabilidad de la escalera Produciendo la muerte de el debido A los golpes Que recibio.

Firma testigo.
CC. 1094944129
Nombre. Ricardo Barbosa

Scanned with CamScanner

Anexo 3 Declaracion Testigo

me encontraba realizando la limpieza para terminar con el trabajo mi Compañero de trabajo Camilo instalo para realizacion dela tarea en andamio y enseguia una escalera estendible. Sobre el andamio se veia seguro siendo las 14:16 o Algo mas de la tarde se escucho un fuerte golpe sali Comendo que era y mi Compañero habia Caido Perdiendo la vida en el lugar

Firma testigo
Cc. 1007451297
Nombre Silva Juliana

Scanned with CamScanner

Anexo 4. Dibujos y Fotografías

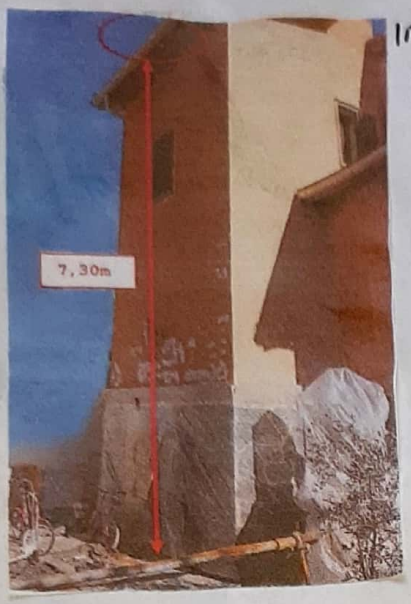


Imagen 1: Fachada sobre la trabajaba el trabajador se evidencia la Altura y los Andamios sobre el Piso y la utilización de la escalera sin un Buen soporte.



Imagen 2 escalera extendible De tres ramas

En esta imagen se Puede observar los elementos que estaba utilizando el trabajador y Como la tenia Asegurada al andamio era Con una manila.



Imagen 3 Zona sobre la que Actuaba el trabajador

terminacion de la tarea del trabajador y Por la Cual habia utilizado otros metodos Sin imaginarse que No serian Seguros

Scanned with CamScanner

Arbol de Causas

Accidente mortal por caida de escalera extendible.

No se habia Asegurado la estabilidad del Conjunto escalera andamio

Ausencia de Protecciones Colectivas, NO Disponer O NO supervisar el uso de los equipos de Proteccion Personal

El Punto de Operaciones estaba a una Altura Aproximada de 7,30m.

Seleccion de medios Auxiliares NO Adecuados Al trabajo a realizar

Ausencia De vigilancia Control y direccion de Persona Competente

inexistencia de evaluacion De riesgos especifica del Centro de trabajo, Actividades equipos de trabajo y medidas Auxiliares a emplear No ejecucion De medidas Preventivas Propuestas

Scanned with CamScanner

INFORME ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

No.

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO: Nueva EPS | CÓDIGO EPS | ARL A LA QUE ESTÁ AFILIADO: SURA | CÓDIGO ARL
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO: PORVENIR | SEGURO SOCIAL SI [X] NO [ ] CUÁL [ ] | CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL: (1) EMPLEADOR [ ] (2) CONTRATANTE [ ] (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO [ ]

SEDE PRINCIPAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Especialista 02 Trabajo en mantenimiento
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: AUDITORIAS LEON SA | TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NI [X] CC [ ] CE [ ] N.U [ ] PA [ ] | NÚMERO: 1099210907
DIRECCIÓN: Carrera 11 Nº 6-36. | TELÉFONO: 3142859427 | FAX
CORREO ELECTRÓNICO: ENRIQUEOLAYACON@gmail.com | DEPARTAMENTO: Santander | MUNICIPIO: Barbosa | ZONA U [X] R [ ]

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR | CÓDIGO

¿CON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI [X] NO [ ] SÓLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO | CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO
DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX
DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA U [ ] R [ ]

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA [X] (2) MISIÓN [ ] (3) COOPERADO [ ] (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ [ ] (5) INDEPENDIENTE [ ] CÓDIGO (5)
PRIMER APELLIDO: leon | SEGUNDO APELLIDO: Olyuelo | PRIMER NOMBRE: Camilo. | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ] | NÚMERO: 79859077 | FECHA DE NACIMIENTO: 13 07 1975 | SEXO M [X] F [ ]
DIRECCIÓN: Vereda Francisco De Paulo | TELÉFONO: 3204968100 | FAX
DEPARTAMENTO: Santander | MUNICIPIO: Barbosa | ZONA U [X] R [ ] | CARGO: Ayudante Tecnico
OCUPACIÓN HABITUAL: Ayudante Tecnico | CÓDIGO OCUPACIÓN HABITUAL | TIEMPO DE OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: D D M M
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 25 02 2009 | SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): 1'300.000 | JORNADA DE TRABAJO HABITUAL (1) DIURNA [X] (2) NOCTURNA [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE: 16 03 2009 | HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): 14 16 | DÍA DE LA SEMANA EN EL QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: [X] MA MI JU VI SA DO
JORNADA EN QUE SUCEDE (1) NORMAL [X] (2) EXTRA [ ] | ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI [X] (2) NO [ ] CUÁL? (Diligenciar sólo en caso negativo) | CÓDIGO
TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE: 07 H 16 | TIPO DE ACCIDENTE (1) VIOLENCIA [ ] (2) TRÁNSITO [ ] (3) DEPORTIVO [ ] (4) RECREATIVO O CULTURAL [ ] (5) PROPIOS DEL TRABAJO [ ]
CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR? (1) SI [X] (2) NO [ ] | DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: Santander | MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: Barbosa | ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE U [X] R [ ]
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA [ ] (2) FUERA DE LA EMPRESA [ ]

INDIQUE CUAL SITIO (Indique donde ocurrió)

- [ ] (1) ALMACENES O DEPÓSITOS
- [ ] (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN
- [ ] (3) ÁREAS RECREATIVAS O PRODUCTIVAS
- [ ] (4) CORREDORES O PASILLOS
- [ ] (5) ESCALERAS
- [ ] (6) PARQUEADEROS O ÁREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
- [ ] (7) OFICINAS
- [ ] (8) OTRAS ÁREAS COMUNES
- [ ] (9) OTRO. (Especifique) Realizacion de trabajo en Tito

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)

- [ ] (10) FRACTURA
- [ ] (20) LUXACIÓN
- [ ] (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA
- [ ] (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
- [ ] (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)
- [ ] (41) HERIDA
- [ ] (50) TRAUMA SUPERFICIAL (Incluye raspado, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
- [X] (55) GOLPE, CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO
- [ ] (60) QUEMADURA
- [ ] (70) ENVENENAMIENTO O INFECCIÓN AGUDA O ALERGIA
- [ ] (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE
- [ ] (81) ASFIXIA
- [ ] (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
- [ ] (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
- [ ] (90) LESIONES MÚLTIPLES
- [ ] (99) OTRO. (Especifique) muerte

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO:

- [ ] (1) CABEZA
- [ ] (1.12) OJO
- [ ] (2) CUELLO
- [X] (3) TRONCO (Incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
- [ ] (3.32) TÓRAX
- [ ] (3.33) ABDOMEN
- [ ] (4) MIEMBROS SUPERIORES
- [ ] (4.46) MANOS
- [ ] (5) MIEMBROS INFERIORES
- [ ] (5.56) PIES
- [X] (6) UBICACIONES MÚLTIPLES
- [ ] (7) LESIONES GENERALES U OTRAS

AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)

- [ ] (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
- [ ] (2) MEDIOS DE TRANSPORTE
- [ ] (3) APARATOS
- [ ] (3.56) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
- [ ] (4) MATERIALES O SUSTANCIAS
- [ ] (4.4) RADIACIONES
- [X] (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, techados, en el exterior, interior o subterráneos)
- [ ] (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
- [ ] (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
- [ ] (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE

- [X] (1) CAÍDA DE PERSONAS
- [ ] (2) CAÍDA DE OBJETOS
- [ ] (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES
- [ ] (4) ATRAPAMIENTOS
- [ ] (5) SOBREESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO
- [ ] (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA
- [ ] (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD
- [ ] (8) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS
- [ ] (9) OTRO. (Especifique)

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE. QUÉ LO ORIGINO O CAUSÓ (Responda a las preguntas qué paso, cuándo, dónde, cómo y por qué)

Accidente Sucedo Cuando el trabajador se encontraba Pintando y enmascarando grietas en una Cara lateral de la fachada Aproximadamente a las 14:16 P.m Para terminar la Pintura dispuso una escalera extendible de tres tramos sobre un Andamio Provocando la Caida del trabajador y la muerte

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE? SI [X] NO [ ] EN CASO AFIRMATIVO DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Barbosa Forero Ricardo	CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ]
CARGO: Ayudante De trabajo en Tito	No.
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: leon torres Silvia Juliana	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ]
CARGO: Ayudante Tecnico	No. 1007951297

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (Representante o Delegado)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
maria Fernanda leon	CC [X] CE [ ] N.U [ ] TI [ ] PA [ ]
CARGO: Profesional SST	No.
FIRMA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME DEL ACCIDENTE: 20 03 2009

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

GERENCIA TECNICA

F 2015 - PR VERSIÓN 3

DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO CON LAPICERO NEGRO

Scanned with CamScanner