en línea

Plan Resumen

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
900855695	2	SERVI GYG S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SERVI GYG	CRA 2 ESTE 31 56 LC 101	CHIA-CUNDINAMARCA	8845199	No

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
19-10	2019-11	8499134935	8499134935	E	2019/11/26	2019/11/25	BANCO BOGOTA	0	$9,482,700

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

	EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
	CC	1032424325	AMAYA JOVAN																		231001	30	$828,116	$132,500	EPS008	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	19875056	AVILA CAMPO																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS037	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	1019053506	BARBOSA INGRID																		230201	30	$1,200,000	$192,000	EPS010	30	$1,200,000	$150,000	CCF22	30	$1,200,000	$48,000	14-23	30	$1,200,000	$83,600	30	$1,200,000	$60,000	No	$533,600
	CC	79585574	BELEÑO YUNIS																		230201	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	1044924012	BERDUGO LUIS		X																230301	18	$496,872	$79,500	EPS037	18	$496,872	$62,200	CCF22	18	$496,872	$19,900	14-23	18	$496,872	$34,600	18	$496,872	$25,000	No	$221,200
	CC	7253021	BLANCO ANGEL																		231001	30	$828,116	$132,500	EPS044	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	1020802076	CABADIA GUSTAVO																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS037	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	1064307623	CABADIA JOSE																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS008	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	35475455	CAMERO ADRIANA																		231001	30	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,111	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,111	$41,500	No	$368,500
	CC	5674255	CASTELLANOS LUIS		X																230301	21	$579,682	$92,800	EPS044	21	$579,682	$72,500	CCF22	21	$579,682	$23,200	14-23	21	$579,682	$40,400	21	$579,682	$29,000	No	$257,900
	CC	1014213578	CELY JUAN		X																230201	10	$333,334	$53,400	EPS008	10	$333,334	$41,700	CCF22	10	$333,334	$13,400	14-23	10	$333,334	$23,300	10	$333,334	$16,800	No	$148,600
	CC	1143429818	CORREA JORGE																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	79463063	GIRALDO JAVIER																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS037	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	PE	949559925061990	GOMEZ MARIA																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS008	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	79998418	GONGORA PEDRO																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	8501126	GUERRERO JOSE		X																230301	18	$496,870	$79,500	EPS017	18	$496,870	$62,200	CCF22	18	$496,870	$19,900	14-23	18	$496,870	$34,600	18	$496,870	$25,000	No	$221,200
	CC	86063997	HUERTAS EDILSON																		230201	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	3143816	HUERTAS LUIS																		25-14	30	$828,116	$132,500	EPS008	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	1020796810	JARAMILLO ANDREA																		230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS010	30	$1,200,000	$150,000	CCF22	30	$1,200,000	$48,000	14-23	30	$1,200,000	$83,600	30	$1,200,000	$60,000	No	$533,600
	CC	93153368	LOZANO EYNES		X																230301	18	$496,870	$79,500	EPS037	18	$496,870	$62,200	CCF22	18	$496,870	$19,900	14-23	18	$496,870	$34,600	18	$496,870	$25,000	No	$221,200
	CC	1098406778	NARANJO OMAR																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	1045517438	PEREZ FREDY		X																230301	28	$772,909	$123,700	EPS008	28	$772,909	$96,700	CCF22	28	$772,909	$31,000	14-23	28	$772,909	$53,800	28	$772,909	$38,700	No	$343,900
	CC	19588254	PERTUZ EDUARDO																		230201	30	$828,116	$132,500	EPS016	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	80146649	PINZON DIEGO																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	1030658138	RIAÑO SERGIO																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	73591725	RUIZ CARLOS																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS005	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
	CC	1030667399	URREGO CRISTIAN																		230301	30	$828,116	$132,500	EPS008	30	$828,116	$103,600	CCF22	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$57,700	30	$828,116	$41,500	No	$368,500
tal	Afiliados(27)																						$21,310,741	$3,409,900			$21,310,741	$2,665,900			$21,310,736	$854,100			$21,310,741	$1,484,800		$21,310,736	$1,068,000		$9,482,700

296

en línea

Planilla Resumen

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
900855695	2	SERVI GYG S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	SERVI GYG	CRA 2 ESTE 31 56 LC 101	CHIA-CUNDINAMARCA	8845199	No

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
19-10	2019-11	8499134935	8499134935	E	2019/11/26	2019/11/25	BANCO BOGOTA	0	$9,482,700

ESUMEN DE PAGO

ESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
P (ADMINISTRADORAS: 4)				27	$3,409,900	$0	$0	$3,409,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$397,500	$0	$0	$397,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$132,500	$0	$0	$132,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	18	$2,237,000	$0	$0	$2,237,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$642,900	$0	$0	$642,900
L (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$1,484,800	$0	$0	$1,484,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	27	$1,484,800	$0	$0	$1,484,800
F (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$854,100	$0	$0	$854,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	27	$854,100	$0	$0	$854,100
S (ADMINISTRADORAS: 8)				27	$2,665,900	$0	$0	$2,665,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	7	$656,400	$0	$0	$656,400
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$103,600	$0	$0	$103,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$300,000	$0	$0	$300,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	6	$580,200	$0	$0	$580,200
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	2	$176,100	$0	$0	$176,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$435,200	$0	$0	$435,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$103,600	$0	$0	$103,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$310,800	$0	$0	$310,800
BF (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$640,800	$0	$0	$640,800
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR MILIAR	PAICBF	899,999,239	2	27	$640,800	$0	$0	$640,800
NA (ADMINISTRADORAS: 1)				27	$427,200	$0	$0	$427,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	27	$427,200	$0	$0	$427,200
OTAL				27	$9,482,700	$0	$0	$9,482,700

1811

207



298
1482

DATOS PACIENTE

Nombres:	OMAR NARANJO PICO
Tipo de Documento:	CC **Documento** 1098406778
Sexo M **F. Nacimiento:**	06/06/1987 **Edad:** 31 Años
Entidad:	SERVI GYG SAS
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	OFICIAL
Fecha de Atencion:	10/04/2019 8.49 AM
Fecha y Hora entrega	10/04/2019 8.59 AM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional PERIODICO, se encuentra:

SATISFACTORIO Y PUEDE CONTINUAR EN EL CARGO

Recomendaciones	Observaciones
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	RÉGIMEN NUTRICIONAL.
OTRAS:	CONTROL MEDICO PERIÓDICO

Se Sugiere Control En Programas De Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JAIME ARTURO PORRAS RM: 14377/2015

Firma y sello del Médico Evaluador

OMAR NARANJO PICO
C.C 1098406778
Firma del trabajador Evaluado





EpS: Famisanar

300
1484

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1023933472
Nombre:	CAMILO ANDRES PALACIOS AVILA
Fecha Ingreso:	25/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	24/11/2019 06:23:42 p.m.

NIT 830.003.564-7

9007854125

301

1485

Fecha de radicación: 24 11 2019

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código asignado por la EPS
A. Afiliación	A. Cotizante - Cabeza de Familia X	A. Contributivo X	A. Cotizante X	A. Dependiente X	
B. Reporte de Novedades X	- Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	B. Cónyuge	C. Excepción	C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Compañero(a) permanente	D. Especial			
	D. Padre o madre				

A. AFILIACIÓN B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
PALACIOS	AVILA	CAMILO	ANDRES

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1023933472	Femenino Masculino X	29 09 1974

II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de cesantías laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Cognitiva			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$828.116			Zona Urbana Rural	

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				

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino	Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad						32. Datos de residencia					33. Valor de la U.P.C. del régimen subsidiado (a reconocer por la EPS)
	Tipo			Condición			Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono fijo y celular	
	F	N	M	I	P			Urbana	Rural			
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Solicitud de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a reconocer por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		

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 de pensiones (a reconocer por la EPS)
OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	NT	901300853	

39. Dirección	Teléfono fijo y celular	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 100 A 135 04	3102757816		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización de documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Reactivación en la EPS [ ] Cónyuge [ ] 6. Reactivación 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 expedición de incapacidades para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad administradora para recibir afiliación colectiva [ ] 12. Desvinculación de una entidad administradora para recibir afiliación colectiva [ ] 13. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Terminación A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de Semanas Cotizadas [ ] 16. Reporte de interés de mora [ ] 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					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	
				24 11 2019	

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar a Pensión de Pensionado
	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, a quien(es) se relaciona.
48. Declaración de existencia de hijos(as) mayor(es) de edad con(es) que(es) se encuentra en alguna de las circunstancias que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no pertenencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Entidad Promotora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información sobre el estado de afiliación y del régimen de cotización a la base de datos de terceros pagadores y a las entidades públicas que por sus facultades la requieran.
52. Autorización para que la EPS suprima 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 que figura en esta Planilla.

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma del representante legal o apoderado de la entidad administradora

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: TI RC CE PA PEP PPT
Cantidad: Folios:
57. Copia del certificado de escolaridad, para el caso de hijos(as) estudiantes.
58. Copia del registro civil de nacimiento o de la Cédula de ciudadanía, ampliada al 150% de ambas caras.
59. Copia de la sentencia judicial o conciliación judicial que declare la unión marital.
60. Copia de la 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.
61. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
62. Copia de la patria potestad o del acta administrativa de custodia.
63. Copia del 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.
64. Copia de la autorización de traslado (de parte de la Superintendencia Nacional de Salud).
65. Certificación de convivencia o acta marital autenticada para marital afiliaciones colectivas.
66. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiarios o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

67. Identificación de la entidad Territorial		68. Datos del SISBEN		69. Fecha de radicación	70. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje		

76. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

302

1486

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **PALACIOS AVILA CAMILO ANDRES**, identificado(a) con Cedula de ciudadanía 1,023.933.472 se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

IPS UNIDAD DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA OLAYA

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 3673 DE 2008 MPS

EMPRESA:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S.	EPS FAMISANAR		FECHA	20/08/2019
TRABAJOS EN ALTURAS	☑	POS- OCUPACIONAL O EGRESO	☐	PERIÓDICO	☐
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ANDRES PALACIOS AVILA			1,023,933,472	
EDAD: 25 AÑOS. SEXO:	MASCULINO	CARGOA A DESEMPEÑAR:		AYUDANTE	

EXAMENES CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluacion medico Ocupacional	☑	Examenes Laboratorio	☑	SI	☐	NO	☐
Optometria	☑	Glicemia	☑	Colesterol	☑	Triglicerios	☑
Audiometría	☑		☐	Estatura	1.72	Peso	68.KG
Espirometría	☑	Osteomuscular	☐	RH	B +	F.CARDIACA	80/120

Se autoriza al trabajador para laborar en alturas y/o espacios confinados, según resultados del cuestionario, valorización médica ocupacional y paraclínicos según resolución Nº 1409 del 23 de Julio del 2012: SI (X) NO ( )

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS ☑ MOTIVO

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

EXÁMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicacion laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN PERIODICO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual _____

Camilo Palacios

FIRMA DEL PACIENTE

Dr. Jorge Betancourth P.
Medico Especialista
Salud Ocupacional
10521868 - R.M. 14630

FIRMA DEL ESPECIALISTA

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

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

cel 3154489189

centromedicoespecializadolaya@hotmail.com

NIT No 830079896 - 3

HSEQ INTERNATIONAL S.A.S.

"Calidad, investigación y seguridad al alcance de todos"

NIT. 900.601.478-0

Certificado de capacitacion y entrenamiento

CAMILO ANDRES PALACIOS AVILA
C.C. N° 1023933472

Asistió y aprobó el curso de:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO AVANZADO





Con una intensidad horaria de 20 horas, según

Resolución de Salud Ocupacional 1499 del 05 de Marzo 2013 de la Secretaria de Salud del Meta y Resolución 08SE2018220000000030196, del Ministerio de Trabajo, y certificado CO18.01717 Expedido por Bureau veritas.

de acuerdo al título II, capitulo II Articulo 9 de la Resolución 1409 de 2012 y 1178 del 2017 del Ministerio de Trabajo

Se realizaron en Villavicencio del 20 septiembre 2019 a 21 septiembre 2019. Se expide en la ciudad de Villavicencio el dia 21 septiembre 2019.

ING. GABRIEL GUTIERREZ
REPRESENTANTE LEGAL

TSA: 10869

JUAN CAMILO BOLIVAR
ENTRENADOR

MinTrabajo
Ministerio del Trabajo



Calle 1 lote 2 Km. 1 Llano Lindo Centro de Entrenamiento Calle 34 No.41-64 Barzal Alto y Calle 9 Sur No.23-34 La Rosita - Villavicencio, Bogotá D.C., Cali, Neiva, Puerto Asis, Ibagué, Manizales, Pereira, Antioquia, Tunja, Bucaramanga Cel.: 3112241304-3125344944

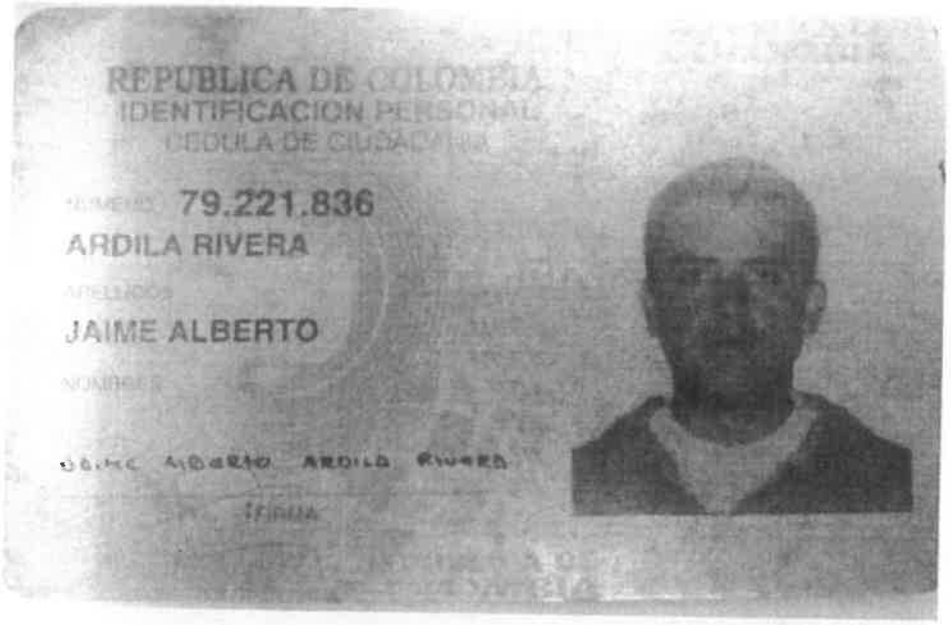
PARA VERIFICACIÓN DE DIPLOMAS :

E-mail:hseqinternational@gmail.com Web: www.hseqinternational.com.co

BUREAU VERITAS ESTÁ CERTIFICADO POR LA ONAC CON EL CERTIFICADO ISO/IEC 17065:2012 09-CPR-008

HSEQ INTERNATIONAL ESTÁ AVALADO Y CERTIFICADO POR BUREAU VERITAS CON EL CERTIFICADO N° CO18.01717 27/06/2018 NTC 6072/2014

RESOLUCION N° 08SE2018220000000030196 DE AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DEL TRABAJO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.221.836
ARDILA RIVERA
APELLIDOS
JAIME ALBERTO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1984
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
06-AGO-2002 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00213420-M-0079221836-20100206
00207 30786A 1
1180640578

306

1490

ARL | sura

Medellín, 27 de noviembre de 2019

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 ANCER CONSTRUCTOR SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000009 CENTRO MEMORIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C79221836	ARDILA RIVERA JAIME ALBERTO	28/11/2019		12929220	DEPENDIENTE

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 27/11/2019 11:05:27
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.30.147, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

304

1091

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JAIME ALBERTO ARDILA RIVERA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **79,221,836**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

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			

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

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
Ancer Constructor SAS	NIT
37. Número del documento de identificación	**38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)**
901 206 646 - 1	

39. Ubicación	Teléfono	Ciudad
Cl 136A #1A - 07	ancerconstructor@gmail.com	Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS — X
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 por 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 de documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A
					27 11 2019

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, 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☑
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 ☑
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☑

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o pensionado	55. Firma del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Jaime Alberto Acosta Rueda.	César Gutierrez.

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario
		27 NOV 2019 Cód 645 Brayan Mauricio Sandoval C. SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES: Abril 12 - 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.

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO MEDICO PARA TRABAJO EN ALTURAS

NIT.900.905.703-1
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono: 4650828-3144186563

FECHA DE REALIZACION:1/JUNIO/2019

INFORMACION GENERAL

NOMBRE: JAIME ALBERTO ARDILA RIVERA
DOCUMENTO: 79221836
EDAD: 33
DIRECCION: DG 73A SUR #78I-40
TELÉFONO: 3502940099
EPS: COMPENSAR
ARL: PORVENIR
OCUPACION: OPERARIO



ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA

EMPRESA: SIMMANTENIMIENTOS

"La información se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia"

CONCEPTO DE APTITUD

De acuerdo al examen médico ocupacional con énfasis osteomioarticular que se le fue realizado se determina que el paciente se encuentra apto sin ninguna restricción.

APOYO DIAGNOSTICO:

- **LABORATORIO CLINICO "AUDIOMETRIA" VISIOMETRIA**

(Este concepto no aplicara para trabajo en espacios confinados)

RECOMENDACIONES GENERALES:

- Uso de elementos de protección personal para trabajo seguro en alturas (Cascos, guantes, ropa de trabajo, arnés, mosquetones, eslinga ECT)
- Contar con dispositivo de seguridad (sistema de protección contra caídas, redes de seguridad en los lugares de trabajo que estén a 7.6 mt de altura) 3: No trabajar a la intempere en el caso de fuertes vientos y lluvias
- Utilizar elementos de protección personal según exposición a factores de riesgo laborales hábitos y estilos de vida saludable
- No exceder la jornada laboral
- Realizar actividad física mínimo 30 minutos diario

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL: SIN RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS.

Dr. Gabriel Mendoza Varon
Médico Especialista
En Salud Ocupacional
Lic. 73483

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL PACIENTE

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador y/o aspirante la cual tiene carácter de confidencialidad y su manejo está regulado por las resoluciones 2346/2007 - 1918/1995 y 1715/2005 del MPS evaluaciones medicas ocupacionales RES. 2346 (artículo 4) parágrafo. El medico debe respetar la reserva de la historia clínica ocupacional y solo remitiera al empleador el certificado medico

310

1494

[redacted]

Exploinser

Servicios Integrales Empresariales

Certificado bajo la norma NTC 6072 "Centro de Formación y Entrenamiento en Protección Contra Caídas para Trabajo en Alturas" y autorizado por la dirección de movilidad y formación para el trabajo-Ministerio de trabajo.

Jaime Alberto Ardila Rivera

Cedula de Ciudadanía 79.221.836 de Soacha

Cursó y Aprobó la Formación nivel **Re-entrenamiento** *con una intensidad de 20 Horas.*

En testimonio de lo anterior se firma a los 10 días del mes de Junio de 2019 en la ciudad de Bogotá D.C

Nelson Javier [redacted] Macías
Representante Legal

EXPLO-RE-0020

Karla Paola Pedraza
Entrenador Trabajo Seguro en Alturas
Licencia S.O. 25-3374 de 28/10/2014

Sello de Calidad

311

1095

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.012.370.852

LOPEZ MORA
APELLIDOS

MIGUEL ALBERTO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1990
EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

19-NOV-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00952089-M-1012370852-20171107 0058408711A 1 9902087082

312

1496

Medellín, 26 de noviembre de 2019

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 CASTERRA INGENIEROS & CIA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000002 CENTRO MEMORIA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C101237085 2	LOPEZ MORA MIGUEL ALBERTO	27/11/2019		23317435	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

[redacted]

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 26/11/2019 20:57:21

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.132.106, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

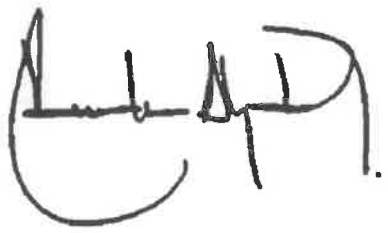
313

1492

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MIGUEL ALBERTO LOPEZ MORA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,012,370,852**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Noviembre de 2019.



Gerente de Clientes

A. AFILIACIÓN

Lopez Mora Miguel Alberto.

1012 370 752 — 08/10/1990

SURA

07854 74.390

POSITIVA. 3145217128 miguel.lopez.90@

Bogotá — Bogotá — Masculino — Casado

26 NOV 2019

RECIBIDO SIN ACEPTACIÓN

Costa Luquito. N.1 901 447 439-3

Av 127 #87 A74 3209133182 costaluquito@gmail.com Bogotá

4. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección de los datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y corrección datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS
   Código
6. Por fallecimiento del afiliado
7. Inclusión de beneficiarios o de grupos adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de grupos adicionales
9. Inicio de relación laboral o reposición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas
13. Vinculación: A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del cambio de protección al cesante
17. Reporte de la cotización de Pre pensionados
18. Reporte de la cotización de pensionados

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Fecha Novedad (dd/mm/aaaa): 22/11/2019

Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento

42. EPS anterior | 43. Motivo de traslado, Código | 44. Días de Cotización | Valor Ingreso Base

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
47. Declaración de la no cotización de afiliado al régimen contributivo, especial o de excepción
48. Declaración de existencia de relación de hasta mayor a cinco meses que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario
49. Declaración de no pertenencia del cónyuge, compañero de hecho, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y entregue 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 utilización y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley funciones lo requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico y a celular como mensajes de texto

CASTERRA
INGENIEROS Y CIA
NIT 900 447 139-3

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cónyuge de familia o beneficiario

55. El empleador, contratante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Copia documento de identidad
    Cantidad | Folios
57. Copia del certificado de cesantías o documento similar con la información requerida
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la declaración de unión marital, para el reconocimiento de cónyuge o compañero permanente supérstite
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio o la cesación de efectos civiles de matrimonio religioso, la unión marital de hecho y la sociedad patrimonial de hecho y copia de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de pensión o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial y del acta administrativa de custodia
62. Documento en que conste la petición de la madre gestante, o de quien acredite la calidad de cónyuge o de compañero o compañera permanente supérstite 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 recibir afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de peticionario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio / Código del Departamento	Número de Ficha / Puntaje / Área		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

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

Observaciones:

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

Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

Control: 0 Bogotà, Noviembre 28 de 2019 Hora: 9,44

DATOS GENERALES

No Identificación: 1012370852 **Paciente:** LOPEZ MORA MIGUEL ALBERTO

Fecha Nacimiento: Octubre 08 de 1990 **Lugar:** MAGDALENA **Edad:** 29

Estado Civil: UNION LIBRE **No Hijos:** 2 **Sexo:** Masculino

Escolaridad: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

Empresa: CASTERRA INGENIEROS Y CIA SAS **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: OTRAS EPS **Act.Económica:**

ARL: SURA **AFP:** PORVENIR

Cargo a Ocupar: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: VALORACION DE BANDAS CONVERSACIONALES, AGUDAS Y CONDICION AUDITIVA (NORMAL)

Visiometría: VISION LEJANA, PROXIMA, DE COLOR, PROFUNDIDAD, FONDO DE OJO, OTROS (NORMAL)

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO SE REALIZA

Optometría: NO SE REALIZA

Otros: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES
NINGUNO

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son veridicasy permitieron la elaboración del presente certificad médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arrib mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: LOPEZ MORA MIGUEL ALBERTO
LICENCIA S.O: RESOLUCION 753		CEDULA: 1012370852

CENTRO DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN ALTURAS Y TAREAS DE ALTO RIESGO

APROBACIÓN
MINISTERIO DE TRABAJO
N° 085E2018220000000016479

SAFETY WORK® Industria

CERTIFICACIÓN
ICONTEC INTERNACIONAL CENTRO DE ENTRENAMIENTO
N° C5-CER602345/NTC6072 2014

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:
LOPEZ MORA MIGUEL ALBERTO

Con Cédula de ciudadanía No. 1012370852

APROBÓ LA FORMACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS/TSA
NIVEL REENTRENAMIENTO TSA-AVANZADO

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS
De 11 de Enero A 12 de Enero de 2019 en Bogotá

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá, D.C.
El día Sabado, 12 de Enero de 2019

WILSON MUÑOZ VALBUENA
REPRESENTANTE LEGAL

GUSTAVO LADINO DELGADO
Licencia en S.O Resolución N° 27 de 09-07-2015
Entrenador TSA SENA N° 0[illegible]

LICENCIA EN SST
RESOLUCIONES 6502 de 2011 / 9870 de 2015 / 1030 de 2017

RESOLUCIONES SENA AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS
525 de 2011 / 194 de 2013 / 025 de 2016 / 4905 de 2016 / 3555 de 2017

Carrera 64A No. 4G-59 / 89 Barrio Pradera (Bog) - Tel.: 746 6095 / 290 8209 - Movil: 316 527 6522
Consulte su Certificado en: www.safetywork.com.co www.safetyworkindustria.com

510

1502

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.308.836
BENITEZ SIERRA
APELLIDOS
EDGAR SAMIR
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

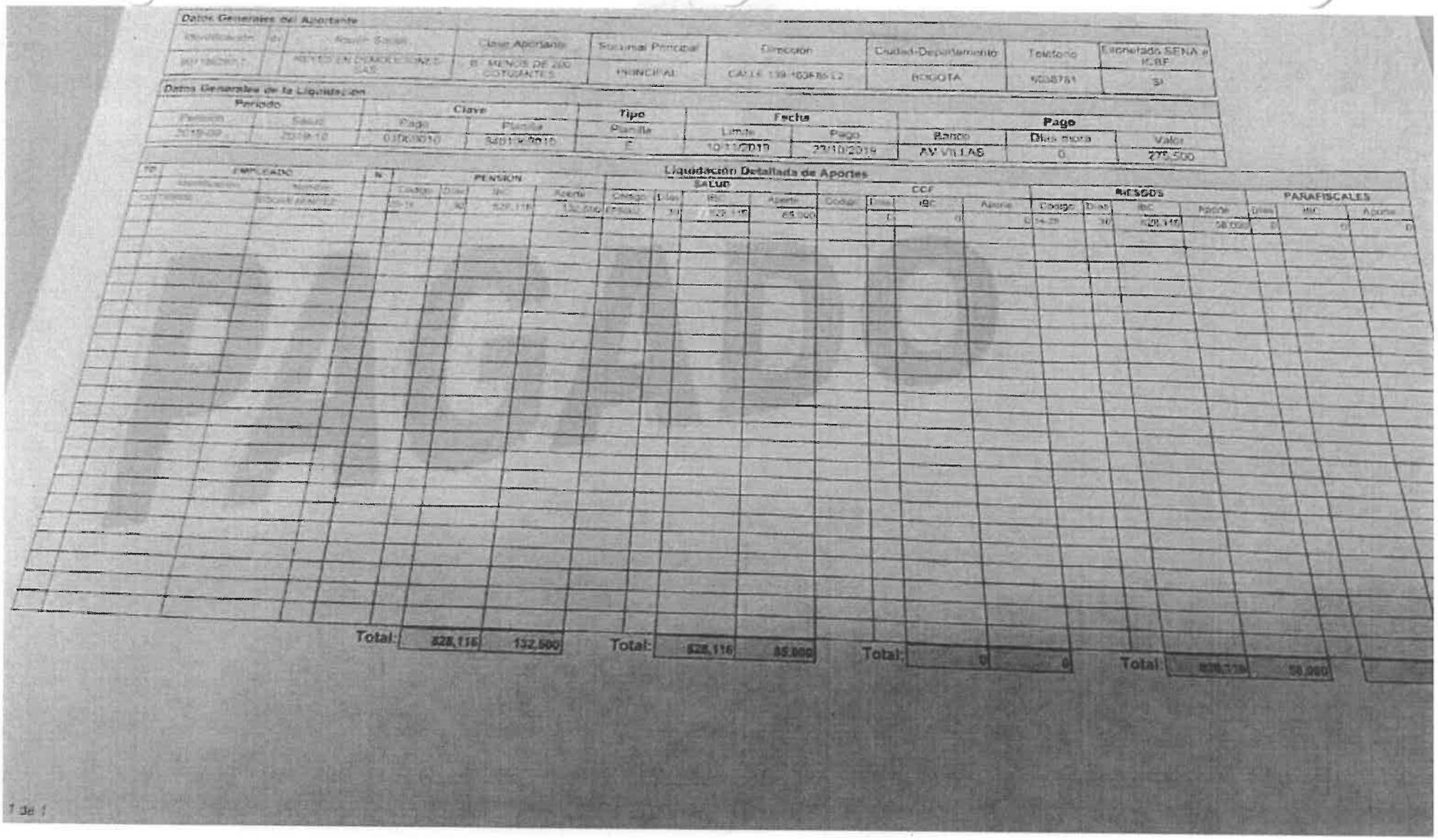
FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1968
CALDAS
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

25-MAR-1987 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00783240-M-0007308836-20160114 00480 04778A 1 1483738064



Datos Generales del Aportante

Identificación	Nombre o Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
[illegible]	[illegible] SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 139 103B 55 L2	BOGOTA	6038761	SI

Datos Generales de la Liquidación

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días mora	Valor
2019-09	2019-10	03/09/2019	34013x2019	E	10/10/2019	22/10/2019	AV VILLAS	0	275.500

Liquidación Detallada de Aportes

TD	EMPLEADO		N	PENSIÓN				SALUD					CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
	Identificación	Nombre		Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte		Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
CC	[illegible]	[illegible]	1	51	30	$28,116	132,500	51	30	$28,116	85,000			0	0	0	14-29	30	$28,116	58,000	0	0	0	
					Total:	$28,116	132,500		Total:	$28,116	85,000			Total:	0	0		Total:	$28,116	58,000				

1 de 1

517

INFORME EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO



Fecha: 23 de Abril de 2019

El señor **Edgar Samir Benitez Sierra**, identificado con cédula de ciudadanía número: **7308836** expedida en Chiquinquira (51 años), se presentó a evaluación médica como aspirante al cargo de **Almacenista** en **Inoxpetrol S.A.S.**

Con base en el perfil del cargo, en el exámen médico se hizo énfasis en los siguientes aspectos:
1. - Osteo - muscular

Previa a la evaluación médica se practicaron las siguientes valoraciones complementarias:

Audiometría.

Visiometría.

Espirometría.

Cuadro Hemático.

Recuento reticulocitos.

Los hallazgos fueron consignados en una historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007.

Ocupacionalmente se obtuvo el siguiente resultado: **Apto**
Sospecha de Enfermedad Profesional: **No.**

Recomendaciones:

- Reducir peso
- Realizar actividad física mínimo 30 minutos, 3 veces / semana
- Fraccionar, priorizar y disminuir actividades manuales fuera del trabajo
- Control por odontología
- Fortalecimiento de hombros

Dr. César Ariel Posada Almanza
Médico Cirujano U. Nacional
Especialista en Salud Ocupacional
Res : 25-4472 / 2013

Profesional.
César Ariel Posada Almanza
CC: 79598467
Lic S.O: 25-4472 de 2013

Cliente.
Edgar Samir Benitez Sierra
CC: 7308836

Notas:
1) Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.
2) Este certificado no incluye las aptitudes de trabajo en alturas, manipulación de alimentos, porte de armas o de adquirir o refrendar licencia de conducción de vehículos.
3) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes:
"La custodia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador".
4) Las pausas activas y la higiene postural son recomendaciones que independiente del cargo deben de realizarse por la empresa para evitar la producción de enfermedades profesionales.

HSEQ
INTERNATIONAL SAS

NIT. 900.601.478-0

Certificado de capacitacion y entrenamiento

EDGAR SAMIR BENITEZ SIERRA
C.C. N° 7308836

Asistió y aprobó el curso de:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO AVANZADO

Con una intensidad horaria de 32 horas, según

Resolucion de Salud Ocupacional 1499 del 05 de Marzo 2013 de la Secretaria de Salud del Meta

y Resolución 08SE2018220000000030196, del Ministerio de Trabajo, y certificado CO18.01717 expedido por Bureau veritas,

de acuerdo al título II, capitulo II Artículo 9 de la Resolución 1409 de 2012 y 1178 del 2017 del Ministerio de Trabajo

Se realizó de 24 abril 2018 al 05 de 2018 Se expide en la ciudad de Villavicencio el 05 de mayo 2018

TSA: 5437

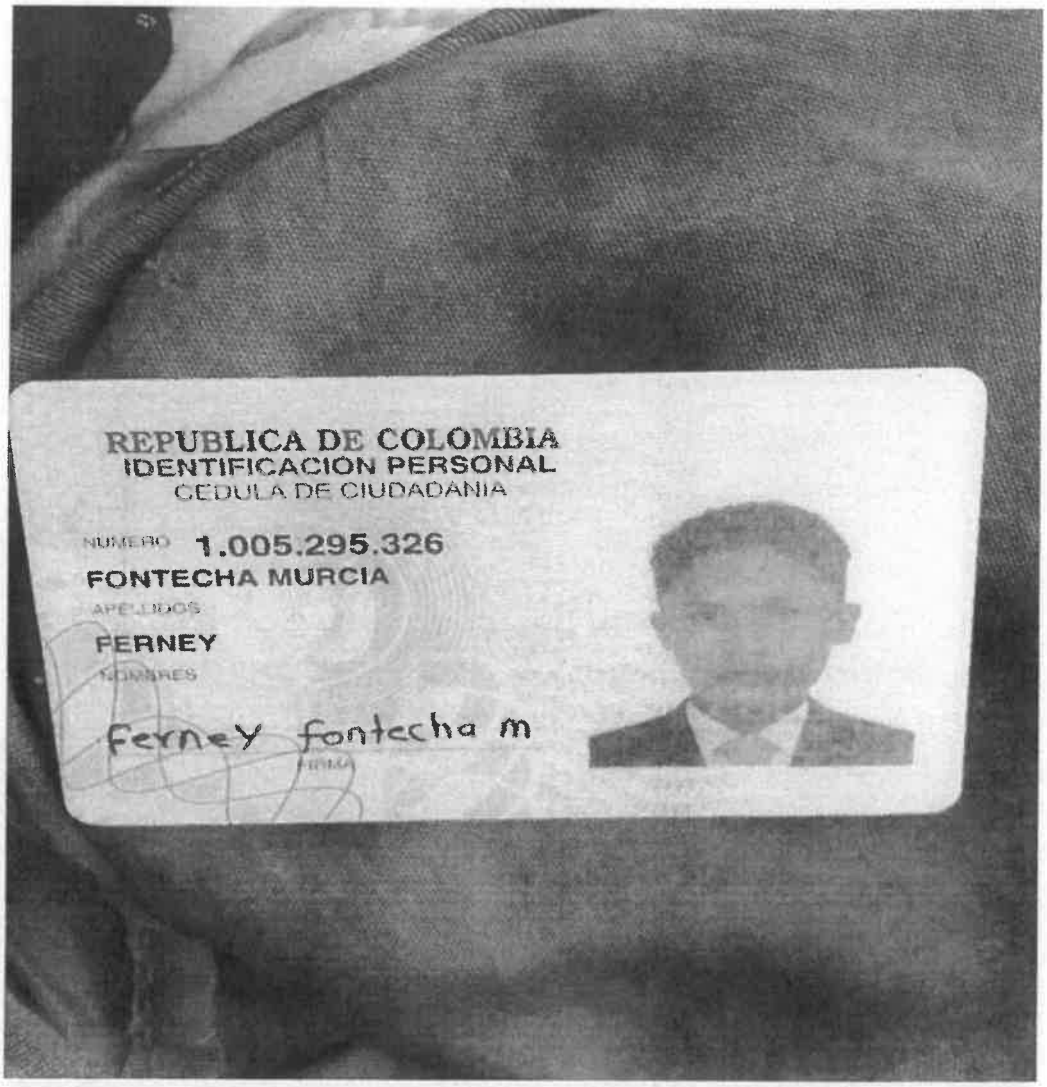
Calle 1 lote 2 Km. 1 Llano Lindo Centro de Entrenamiento Calle 34 No.41-64 Barzal Alto y
Calle 9 Sur No.23-34 La Rosita - Villavicencio, Bogotá D.C., Cali, Neiva, Puerto Asis, Ibagué,
Manizales, Pereira, Antioquia, Tunja, Bucaramanga Cel.: 3112241364-3125344544

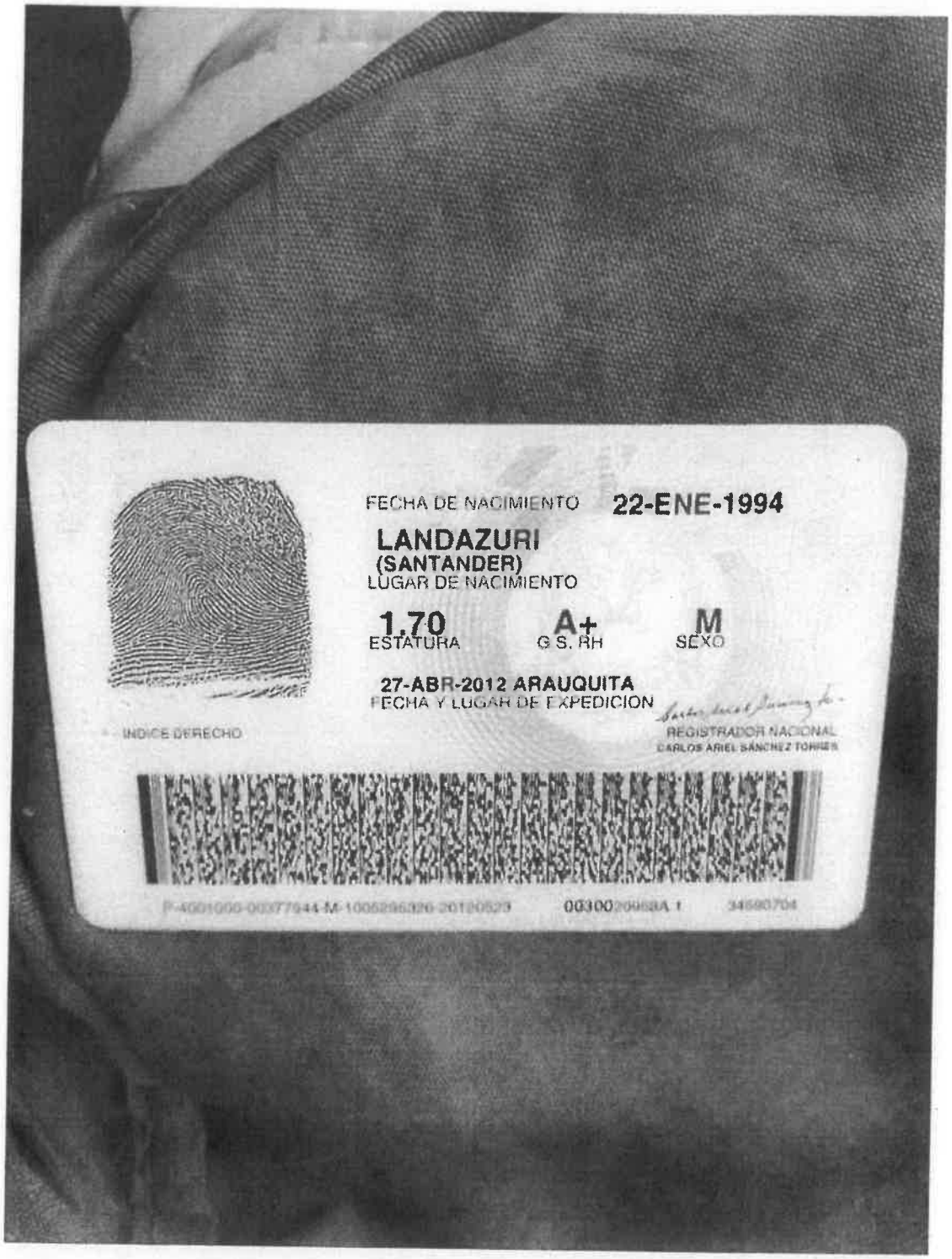
PARA VERIFICACIÓN DE DIPLOMAS

E-mail:hseqinternational@gmail.com Web: www.hseqinternational.com.co

BUREAU VERITAS CERTIFICADO No.CO18.01717 27/06/2017 NTC 6072/2014

Resolucion No.08SE2018220000000030196 DE AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE TRABAJO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.005.295.326
FONTECHA MURCIA
APELLIDOS
FERNEY
NOMBRES
Ferney fontecha m
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1994
LANDAZURI
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
27-ABR-2012 ARAUQUITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1005295326
Nombre:	FERNEY FONTECHA MURCIA
Fecha Ingreso:	26/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	25/11/2019 09:55:01 p.m.

NIT 830 053 564-7

9006281792

26 11 2019

325

1509

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o causante de familia)

6. Apellidos y nombres			
FONTECHA	MURCIA	FERNEY	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento		
CC	1127612175	X	22	01	1994

C. DATOS COMPLEMENTARIOS (datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización	18. Asignación
$828.116	

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
					29. Parentesco	30. Etnia
01						
02						
03						
04						
05						

	31. Discapacidad		32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo	Condición	Municipio / Distrito	Zona (Urbana / Rural)	Departamento	Teléfono fijo y celular	
01							
02							
03							
04							
05							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

35. Razón social o apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
OLMO INGENIERIA Y	NT	901300853	

39. Código	40. Dirección	41. Teléfono	42. Departamento	43. Municipio
	CR 100 A N 135 04	3107844390	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. Tipo de Novedad																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					X														

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. Datos básicos de identificación						
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	47. Fecha novedad		
				26	11	2019

48. EPS a trasladar	49. Número de radicado	50. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

52. Anexo original del documento de identidad	Cantidad	Total

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

56. Identificación de la entidad territorial		57. Datos del SISBEN		58. Fecha de radicación	59. Fecha de validación
Código de departamento	Código de municipio	Número de la ficha	Puntaje		

60. Datos del funcionario que realiza la validación

61. Tipo de documento de identidad	62. Número del documento de identidad	63. Cargo
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

64. Firma del funcionario

Cambio Empleo

326
1310

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FERNEY FONTECHA MURCIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,005,295,326**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

327

151

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 27/11/2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica CONSTRUCCIÒN							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:		Cargo:		AYUDANTE DE OBRA		Sección:					

1 Apellido: FONTECHA	2 Apellido MURCIA	Nombre FERNEY	CC: 1.005.295.326	FN: 22/01/1994	
Edad: 25	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CARRERA 16 B ESTE # 42 D 60 SUR	Tel / Cel: 315 617 25 14
EPS: FAMISANAR	ARL: COLPATRIA	Fondo Pensiones: PORVENIR			

EXAMEN MEDICO INGRESO				**EXAMEN MEDICO EGRESO**			
SIN RESTRICCIÓN	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				**EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**			
NORMAL		ANORMAL	REUBICAR	APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	X		
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS: OSTEOMUSCULAR					

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

APTO PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA
- CONTROLES MÉDICO PERIODICOS
- OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes. Firma y huella del Trabajador C.C:

320
152

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS SEGÚN RESOLUCIÓN 1178 Y 1409.

En cumplimiento de la resolución 1178 del 2018, resolución 1409 del 2012, NTC 6072 del 2014 y demás normas aplicables en Colombia para trabajos en alturas.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT 901.992.376-4

CERTIFICA QUE

FONTECHA MERCIA FERNEY

Identificado con CC No: 1005295326

Realizo el curso de trabajo seguro en alturas en el nivel de: REENTRENAMIENTO AVANZADO con una intensidad horaria de 20 HORAS

El día: 0[illegible] DE ABRIL DEL 2019 en la ciudad de Bogota

Este certificado está registrado bajo el codigo único de No MIN-2019-1881 y debe verificarse únicamente en la página web: WWW.CERTIFICACIONESDEALTURAS.COM

Certificados de Alturas y Servicios S.A.S
Nit. 901.992.376-4
R.L. Dimas Salomón Quintero Chasqui
Certificación No CO18.01301 del 2018, LSO No 0028 del 2017

Winter Vergara A.
Winter Eslay Vergara Arrieta
Cédula No 10.887.539
LSC No RES. 3482 del 2013
Entrenador para Trabajo Seguro en Alturas

La veracidad de este documento la puede constatar a través de la página web WWW.CERTIFICACIONESDEALTURAS.COM, E-MAIL VERIFICARCERTIFICADOSDEALTURAS@GMAIL.COM, TELEFONO 3112344801, con el respectivo número de identificación.


1.005.295.327
FONTECHA MURCIA
JUAN CARLOS
JUAN CARLOS Fontecha


17-ENE-1997
LANDAZURI
(SANTANDER)
1.71
AB+
M
29-OCT-2016 ARAUQUITA

330

151

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1005295327
Nombre:	JUAN CARLOS FONTECHA MURCIA
Fecha Ingreso:	26/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	25/11/2019 09:51:08 p.m.

331

1515

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JUAN CARLOS FONTECHA MURCIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,005,295,327**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

332

1316

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4

* 5 0 0 2 1 5 6 6 2 6 *

No. DE RADICACIÓN 5002156626

Fecha de Radicación 26/11/2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] 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 [X] 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			
Primer apellido: Fontecha	Segundo apellido: Garcia	Primer nombre: Juan	Segundo nombre: Carlos

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CE	1005 295 329	Femenino [ ] Masculino [X]	14/01/1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [ ] Condición [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Colpatria	Porvenir	$820 116

18. Residencia			
Dirección: Calle 54 92c 42	Teléfono Tipo:	Teléfono: 8124541269	
Municipio/Distrito: Bogota DC	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Barrio:

SALUD TOTAL EPS-S S.A. Unidad Promotora de Salud. Fecha Recibida Para Corrección

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 del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
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 de pensiones (a registrar por la EPS)
Olino Ingenieria y Construccion	NIT	901300853-1	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 100 13 a 21	2807155	r.humanos@olinoingenieria.com	Bogota DC	Cundinamarca

ORIGINAL EPS

FORMULARIO V1 1.2016

333

152

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 27/11/2019	Ciudad: BOGOTA		Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro	
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S		Actividad Económica CONSTRUCCIÒN								
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:		Cargo:	AYUDANTE DE OBRA		Sección:						

1 Apellido: FONTECHA	2 Apellido MURCIA	Nombre JUAN CARLOS	CC: 1. 005.295.327	FN: 17/01/1997	
Edad: 22	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CARRERA 16 B ESTE # 42 D 60 SUR	Tel / Cel: 315 617 25 14
EPS: SALUD TOTAL		ARL: COLPATRIA		Fondo Pensiones: PORVENIR	

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
SIN RESTRICCIÓN	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL	REUBICAR	APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	X
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS: OSTEOMUSCULAR			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

APTO PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA
- CONTROLES MÉDICO PERIODICOS
- OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-

	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	JUAN FONTECHA. Firma y huella del Trabajador C.C:

Bogotá calle 18 A No. 98-70 Cel y Whatsapp 310 2170700 gmail:globalservicemedicinadetrabajo@gmail.com
Página web: http://globalserviceips.wixsite.com/medicalgroup

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT: 900.992.376-4

Dando cumplimiento a las resoluciones 1409 del 2012, 3368 del 2014, 1903 del 2013 NTC 6072 del 2014 y Resolucion 1178 del 2017
Teniendo en cuenta que la empresa Certificados de Alturas y Servicios s.a.s cuenta con Licencia en salud ocupacional No 0028 del 2017
Certificación NTC 6072 No CO18.01301 del 2018 expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA y debidamente registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código CORO[illegible]SF2018Z2000000029133

CERTIFICA QUE:

FONTECHA MURCIA JUAN CARLOS

Identificado(a) con CC:1005295327

Asistió y aprobó la acción de formación y entrenamiento en el nivel AVANZADO con una intensidad horaria de 40 horas.

Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá

El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 28 DE FEBRERO DEL 2019

Código de Registro No ALT-2019-2558

Certificados de Alturas y Servicios s.a.s
Nit: 900.992.376-4
R.L: Dimas Salomón Quintero Chasqui
Certificación No CO18.01301 del 2018, LSO No 0028 del 2017

Juan Carlos Rodriguez Marino
Cédula No 79.986.107
LSO No RES. 14790 del 2013
Entrenador para Trabajo Seguro en Alturas

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: WWW.VALIDACIONCERTIFICADOS.COM, Correo electrónico: VALIDACION1ALTURASYSERVICIOS@GMAIL.COM Celular: [illegible] Con el código ALT-2019-2558 o al respectivo número de identificación

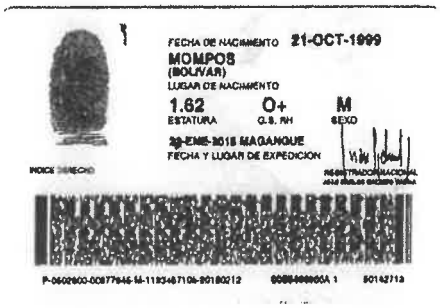
335

1519



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUIP 1.193.457.105
RODELO MENDEZ
APELLIDOS
RAFAEL ANTONIO
NOMBRES
Rafael Rodelo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1999
MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-ENE-2018 MAGANGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JOSE MIGUEL MORENO VIVIAS
INDICE DERECHO

P-0602600-00877646-M-1193457105-20180212 0000000000A 1 50142713

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1193457105
Nombre:	RAFAEL ANTONIO RODELO MENDEZ
Fecha Ingreso:	24/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	23/11/2019 11:03:07 a.m.

357

1521

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **RODELO MENDEZ RAFAEL ANTONIO**, identificado(a) con Cedula de ciudadanía 1,193.457.105 se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

338

1572

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S
NIT 800.130.907-4

* 5 0 0 2 1 5 6 6 2 6 *

No. DE RADICACIÓN 5002156626

Fecha de Radicación 24 11 2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] 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 [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (Preguntar parentesco)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Rodelo (Primer apellido) | Mendez (Segundo apellido) | Rafael (Primer nombre) | Antonio (Segundo nombre)
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1193459105
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 21 10 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

13. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
33. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Colpatria
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización: 4828116
18. Residencia: Calle 76A Sur #BH 35
Municipio/Distrito: BOGOTA DC
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Localidad/Comuna:
Departamento: CUNDINAMARCA

SALUD TOTAL EPS-S
Unidad Promotora de Salud
Recibido Fecha Firma

IV. DATOS DE IDENTIFICACION 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: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
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: Olmo Ingeniería y construcción
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901300853-1
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: Carrera 100A 135 Of 1 | Teléfono | Correo electrónico: r.hernandez@olmoingenieria.com | Municipio/Distrito: BOGOTA DC | Departamento: CUNDINAMARCA

339

1523

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 27/11/2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica CONSTRUCCIÒN							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:			Cargo:	AYUDANTE DE OBRA			Sección:				

1 Apellido: RODELO	2 Apellido MENDEZ	Nombre RAFAEL ANTONIO	CC: 1.193.457.105	FN: 21/10/1999	
Edad: 20	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CALE 76 A SUR # 73 H 35	Tel / Cel: 3208928067
EPS: SALUD TOTAL	ARL: COLPATRIA	Fondo Pensiones: PORVENIR			

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
SIN RESTRICCIÓN	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL	REUBICAR	APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	X		
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS: OSTEOMUSCULAR					

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA
- CONTROLES MÉDICO PERIODICOS
- OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-

	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	Firma y huella del Trabajador C.C: 1193457105

Bogotá calle 18 A No. 98-70 Cel y Whatsapp 310 2170700 gmail:globalservicemedicinadetrabajo@gmail.com
Página web: http://globalserviceips.wixsite.com/medicalgroup

340

1524

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT: 900.992.376-4

Dando cumplimiento a las resoluciones 1409 del 2012, 3368 del 2014, 1903 del 2013 NTC 6072 del 2014 y Resolución 1178 del 2017. Teniendo en cuenta que la empresa Certificados de Alturas y Servicios s.a.s cuenta con: Licencia en salud ocupacional No 0028 del 2017, Certificación NTC 6072 No CO18.01301 del 2018 expedida por BUREAU VERITAS COLOMBIA y debidamente registrada y aprobada por el Ministerio de Trabajo bajo el código COR08SE2018220000000025133.

CERTIFICA QUE:

RODELO MENDEZ RAFAEL ANTONIO

Identificado(a) con CC:1193457105

Asistió y aprobó la acción de formación y entrenamiento en el nivel AVANZADO con una intensidad horaria de 40 horas.

Capacitación y entrenamiento realizados en la ciudad de Bogotá

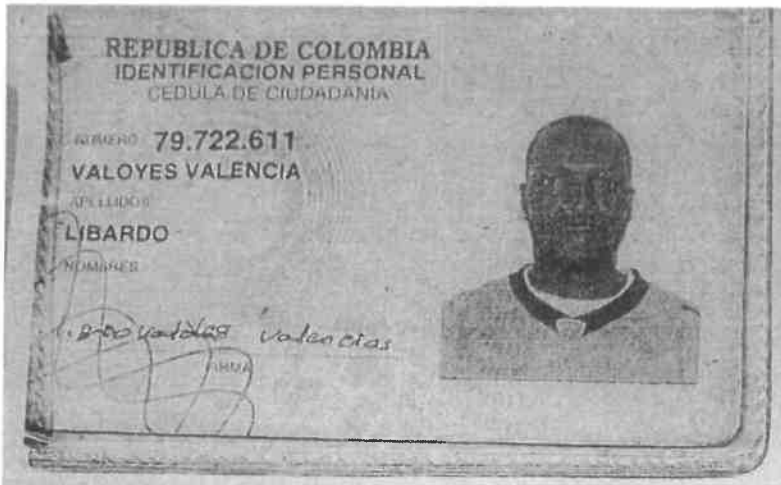
El presente certificado se expide en la ciudad de Bogotá el día 11 DE FEBRERO DEL 2019

Código de Registro No ALT-2019-875

Certificados de Alturas y Servicios s.a.s
NIT: 900.992.376-4
R.L: Dimas Salomón Quintero Chasqui
Certificación No CO18.01301 del 2018, LSO No 0028 del 2017

Juan Carlos Rodríguez Mariño
Cédula No 79.986.107
LSO No RES. 14790 del 2013
Entrenador para Trabajo Seguro en Alturas

La veracidad de este documento se puede establecer a través de los siguientes medios: WWW.VALIDACIONCERTIFICADOS.COM, al Correo electrónico, VALIDACION1ALTURASYSERVICIOS@GMAIL.COM Celular: 3212856817,Con el código ALT-2019-875 o el respectivo número de identificación



Diagonal 69 # 48-90

te 312 495 63 67



Fondepeneia proteeion

EPS MEDimas

342

1526

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

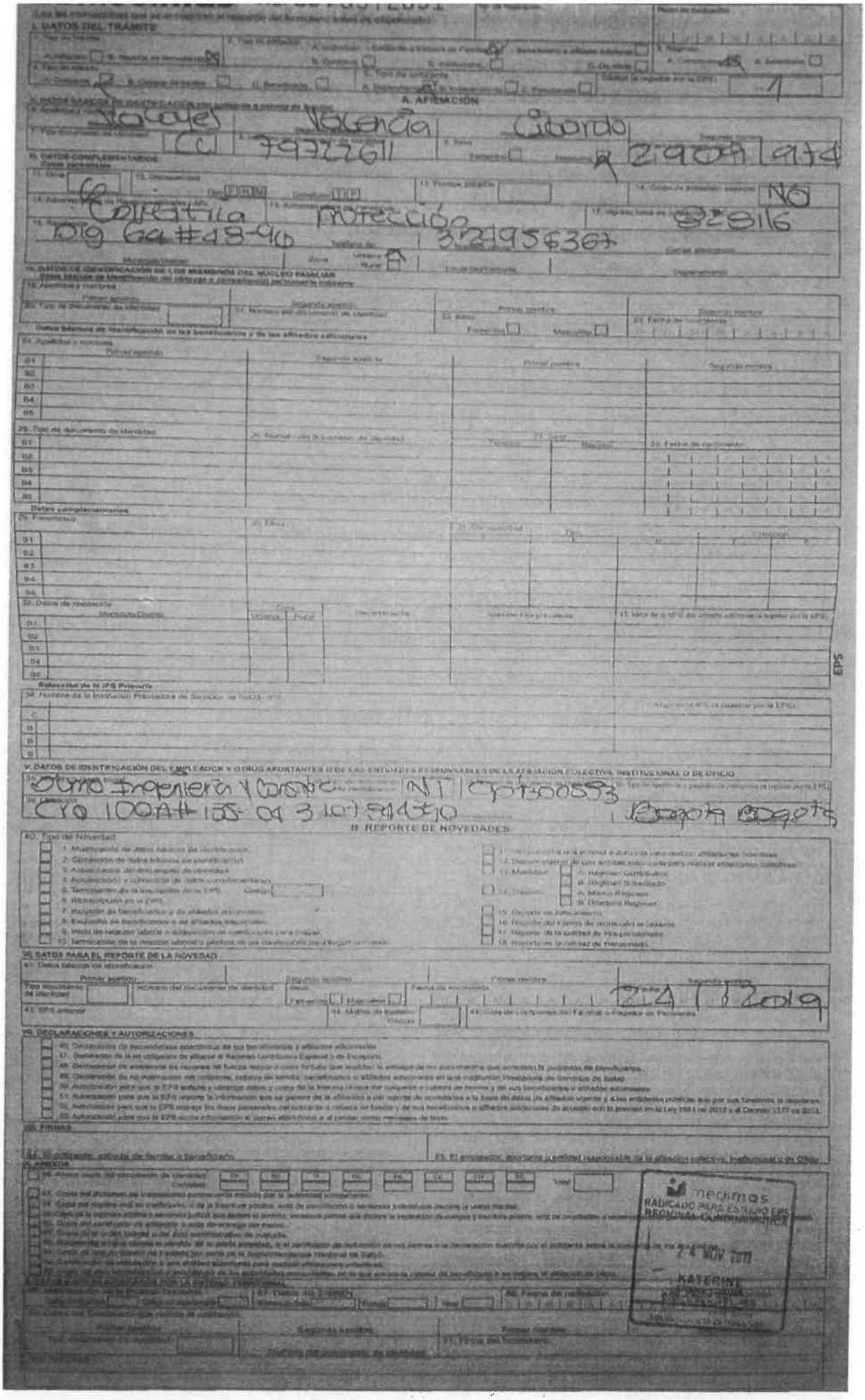
Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79722611
Nombre:	LIBARDO VALOYES VALENCIA
Fecha Ingreso:	24/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	23/11/2019 11:17:20 a.m.

343

1527



Scanned by CamScanner

544

1578

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VALOYES VALENCIA LIBARDO** identificado(a) con **CC** número **79.722.611** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de agosto de 2009 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 23 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

693

1529

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 27/11/2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica CONSTRUCCIÒN							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:			Cargo:	OFICIAL DE OBRA			Sección:				

1 Apellido: VALOYES	2 Apellido VALENCIA	Nombre LIBARDO		CC: 79.722.611	FN: 29/09/1974
Edad: 45	Sexo: M	Estado Civil: UNION LIBRE	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: DIAGONAL 69 # 48-90	Tel / Cel: 312 495 63 67
EPS: MEDIMAS		ARL: COLPATRIA		Fondo Pensiones: PROTECCIÓN	

EXAMEN MEDICO INGRESO				**EXAMEN MEDICO EGRESO**			
SIN RESTRICCIÓN	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				**EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	X	PSICOMETRICO	X
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS: OSTEOMUSCULAR			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO: OFICIAL DE OBRA
- CONTROLES MÉDICO PERIODICOS
- OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes. Firma y huella del Trabajador C.C: 79 722 677 BS

Bogotá calle 18 A No. 98-70 Cel y Whatsapp 310 2170700 gmail:globalservicemedicinadetrabajo@gmail.com
Página web: http://globalserviceips.wixsite.com/medicalgroup

SEGURIDAD S.A.S

NIT: 901.030.005-0

Número de aprobación MINTRABAJO 08SE2019220000000004887

Licencia de Seguridad en Salud en el Trabajo N° 14919 del 28 de Noviembre de 2018

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Según Resolución 1178 del 28 de Marzo del 2017

Resolución 1409 del 23 de Julio del 2012 del Ministerio del Trabajo

Certificado por ICONTEC en la norma de calidad NTC 6072 con código CS-CER658332

CERTIFICA QUE :

LIBARDO VALOYES VALENCIA

Con identificación N° 79722611

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN NIVEL:

REENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de ***20*** horas realizadas en Bogotá D.C desde

El día ***23 de abril de 2019*** hasta el día ***24 de abril de 2019***

GINNA FERNANDA MARTÍNEZ MORALES
Representante Legal
Especialista en Gerencia de Riesgos Laborales

OSWALDO OSPINA PRADA
Entrenador(a) Trabajo Seguro en Alturas
N° de Licencia ***5663 DE 2013***

CÓDIGO REF: ***2019041719***

Se expide en Bogotá, D.C en la calle 11 N° 67a - 20 el 24 de abril de 2019

La autenticidad de este documento debe ser verificada en www.gypseguridad.com / E-mail: certificacion@gypseguridad.com / Tels: 9260685 - 312 3395572

En apoyo a la Legalidad solicite constancia de Formación Vocacional del Ministerio del Trabajo en Nuestro Centro de Entrenamiento

531

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

NUIP 74.770.968
VILCHES VIDAL

RICHARD





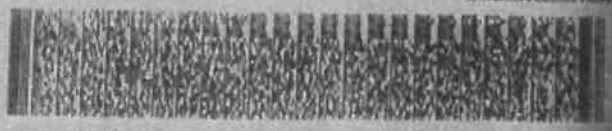
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1981
PUERTO LEGUIZAMO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-DIC-1998 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JORGE CARLOS CASTAÑO YEPES



A-8504800-00883747-M-0074770968-20170715 0063665217A 1 8194265540

310

1532

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	74770968
Nombre:	RICHARD VILCHES VIDAL
Fecha Ingreso:	26/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	25/11/2019 09:57:38 p.m.

349

1533

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **RICHARD VILCHES VIDAL**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **74,770,968**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

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

1534

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Regimen Subsidiado"

NIT 900.156.264-2

01 B 12543432

0106488592

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: 4. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. REGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD:

II. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VILCHES	VIDAL	RICHARD	

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 74770968

9. SEXO:

10. FECHA NACIMIENTO: 14 06 1981

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ÉTNICO: Código:

12. DISCAPACIDAD: Tipo: Condición:

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN:

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL:

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Colpatria

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $828116

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Call 12 1A 12

LOCALIDAD / COMUNA:

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO: Bogota DC

DEPARTAMENTO: C/marca

ZONA: U. [X] R. [ ]

TELÉFONO FIJO:

TELÉFONO MÓVIL: 3102561050

CORREO ELECTRÓNICO: r.humanoolmo@gmail.com

III. 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:

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

22. SEXO:

23. FECHA NACIMIENTO:

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	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Cond.
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (a cargo de la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRAFICA	UNIDAD DE PRESTACIÓN	TIPO DE AFILIADO	SEXO	NIVEL DE SISBEN	ORIGEN FOSYGA
1			R. U.										
2			R. U.										
3			R. U.										
4			R. U.										

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: Olmo Ingeniería y construcción

36. Tipo documento de identidad: NI

37. Número documento de identidad: 901300853

DV: 1

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cr 100 135A 09 | Bogota DC | C/marca | 2804155 | 3103819390 | r.humanoolmo@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 26 11 2019

CARGO: Ayudante obra

SALARIO: $828116

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 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. NOVEDAD: A) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ] B) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
14. TRASLADO POR ESTUDIO EN LA EPS [ ]
NUMERO RADICADO DE SOLICITUD:
15. CLAVE ASESOR:
16. REPORTE DEL TRAMITE [ ]
17. RECHAZO DE LA COTIZACIÓN [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

nueva eps
RECIBIDO
DIGITACIÓN FALLA

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:

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

SEXO:

FECHA NACIMIENTO:

42. FECHA (a partir de):

43. EPS ANTERIOR Código:

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: COBERTURA GEOGRAFICA [ ] UNIDAD DE PRESTACIÓN [ ] TIPO DE AFILIADO [ ] SEXO [ ]

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Yo, [illegible] manifiesto de conformidad. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado 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) relacionados 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 beneficiario. Ahora aspiro ser su Afiliado

49. Declaración de no encontrarse afiliado al 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 que por ley lo requieran.

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

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Richard Vilches Vidal

Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Diego Leandro Hillon D

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [NI] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] [PE]

1535

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 27/11/2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica CONSTRUCCIÒN							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:			Cargo:	AYUDANTE DE OBRA			Sección:				

1 Apellido: VILCHES	2 Apellido VIDAL	Nombre RICHARD	CC: 74.770.960	FN: 14/06/1991	
Edad: 38	Sexo: M	Estado Civil: UNION LIBRE	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CALLE 41 A SUR # 17 A 88 F	Tel / Cel: 321 944 71 29
EPS	NUEVA EPS	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PORVENIR

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
SIN RESTRICCIÓN	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOTECNICO	X
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS: OSTEOMUSCULAR			

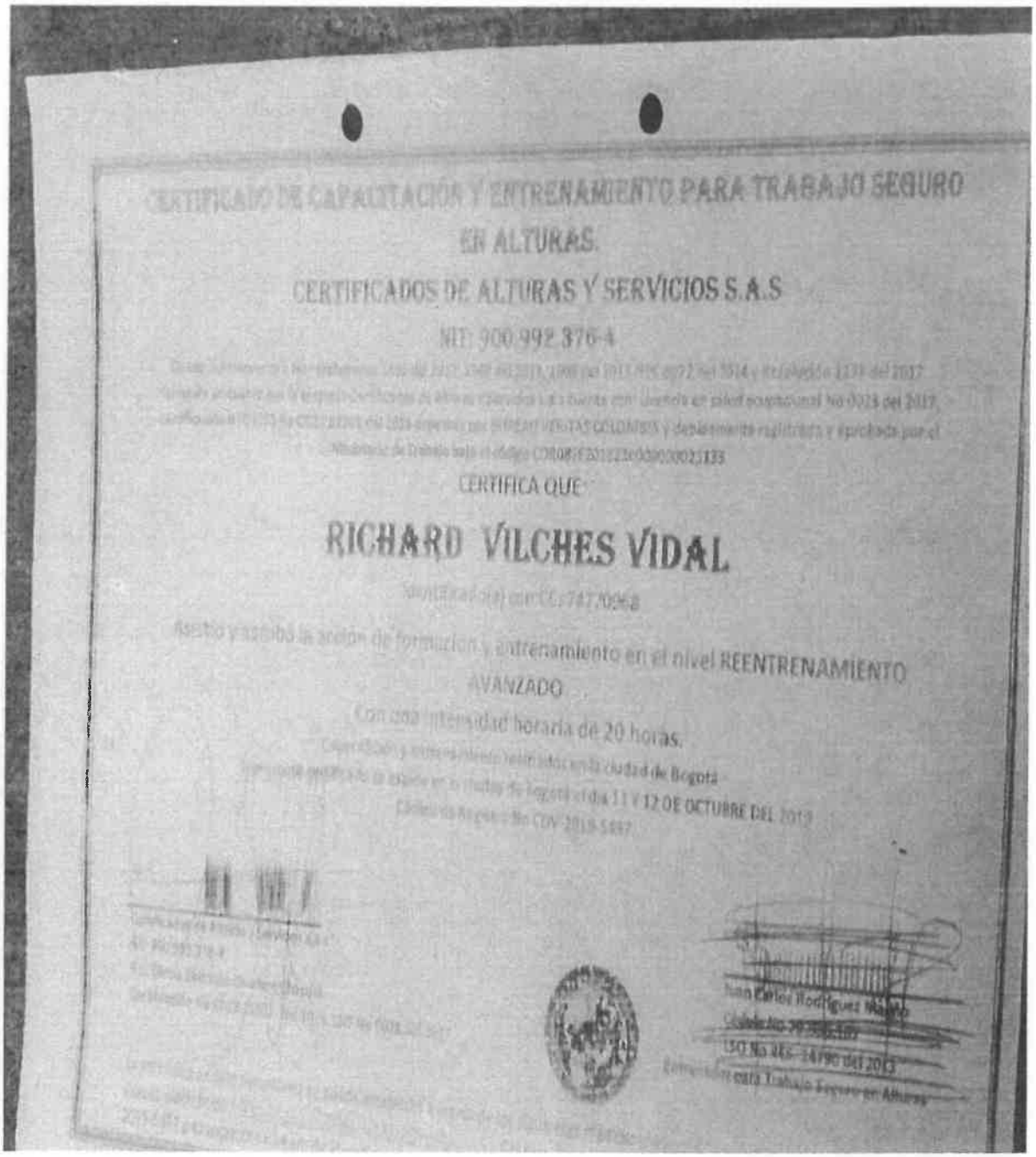
RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA
- CONTROLES MÉDICO PERIODICOS
- OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6066

Firma y huella del Trabajador
C.C:



CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

CERTIFICADOS DE ALTURAS Y SERVICIOS S.A.S

NIT: 900.992.376-4

CERTIFICA QUE:

RICHARD VILCHES VIDAL

Asistió y aprobó la acción de formación y entrenamiento en el nivel REENTRENAMIENTO AVANZADO

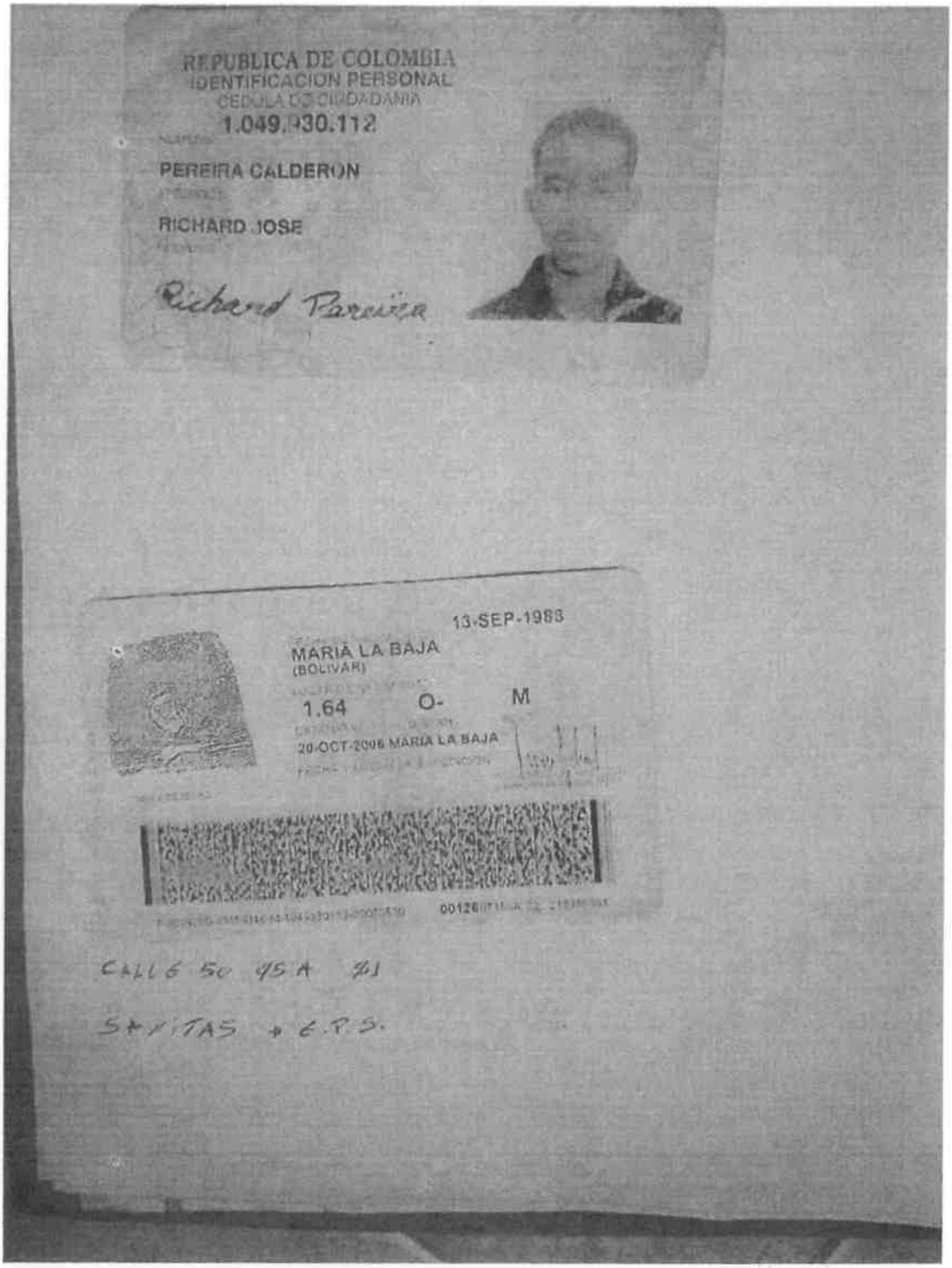
Con una intensidad horaria de 20 horas.

Realizado en la ciudad de Bogotá

Los días 11 Y 12 DE OCTUBRE DEL 2019

Juan Carlos Rodriguez Mejia

Trabajo Seguro en Alturas


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.049.930.112
PEREIRA CALDERON
RICHARD JOSE
Richard Pereira
13-SEP-1988
MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
1.64
O-
M
20-OCT-2006 MARIA LA BAJA
CALLE 50 95A 31
SANITAS + E.P.S.

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1049930112
Nombre:	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON
Fecha Ingreso:	27/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	26/11/2019 11:17:58 a.m.

355

1539

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,049,930,112**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

1540

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nuestra compañía es riesgo
NIT. 830.009.095-5

Lea las instrucciones que se encuentran en el reverso antes de diligenciar este formulario

26/11/2019

115077986

1. Tipo de Novedad: A. Afiliación X B. Reporte de novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
Código (lo registra por la EPS)

A. AFILIADO

Primer Apellido: Perez A
Segundo Apellido: Calderon
Primer Nombre: Richard
Segundo Nombre: Jose
7. Tipo de Identificación: CN TI CE CD RC CC X PA SC
8. Número de Identificación: 1049930112
9. Sexo: Femenino Masculino X
10. Fecha de Nacimiento: 13 09 1981
11. Edad
12. País de Nacimiento
13. Municipio de Nacimiento
14. Departamento de Nacimiento
15. Nacionalidad: Colombiana
16. Ahora pertenece a la Etnia: Peruano
17. Número de Preferencia
18. Dirección: Calle 56 95 A 81
19. Barrio
20. Teléfono: 3104935403
21. Correo Electrónico: rhumanoltro@gmail.com
22. Municipio / Distrito
23. Zona: Urbana Rural
24. Localidad / Comuna
25. Departamento

B. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

26. Primer Apellido
27. Segundo Apellido
28. Primer Nombre
29. Segundo Nombre
30. Tipo de Identificación: CN TI CE CD RC CC PA SC
31. Número de Identificación
32. Sexo: Femenino Masculino
33. Fecha de Nacimiento

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

Para diligenciar los datos de los beneficiarios relacionados en este ítem, tenga en cuenta el orden de prelación establecido en el artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016.

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
34				
35				
36				
37				
38				

	34. Tipo de Documento de Identidad	35. Número de Identificación	36. Sexo	37. Fecha de Nacimiento	38. Parentesco
34			Femenino Masculino		
35			Femenino Masculino		
36			Femenino Masculino		
37			Femenino Masculino		
38			Femenino Masculino		

	39. Zona	40. Discapacidad Tipo	Condición	41. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	42. Departamento	43. Teléfono Fijo y/o Celular
34		F N M	T P		Urbana Rural		
35		F N M	T P		Urbana Rural		
36		F N M	T P		Urbana Rural		
37		F N M	T P		Urbana Rural		
38		F N M	T P		Urbana Rural		

D. DATOS DE LA IPS PRIMARIA

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

1541

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 27/11/2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica CONSTRUCCIÒN							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:			Cargo:	AYUDANTE DE OBRA			Sección:				

1 Apellido: PEREIRA	2 Apellido CALDERON	Nombre RICHARD JOSE		CC: 1.049.930.112	FN: 13/09/1988
Edad: 31	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CALLE 50 # 95 A 81	Tel / Cel: 310 493 54 58
EPS	SANITAS	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PORVENIR

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
SIN RESTRICCIÓN	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL	REUBICAR		APTO	X	NO APTO

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	X
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS: OSTEOMUSCULAR			

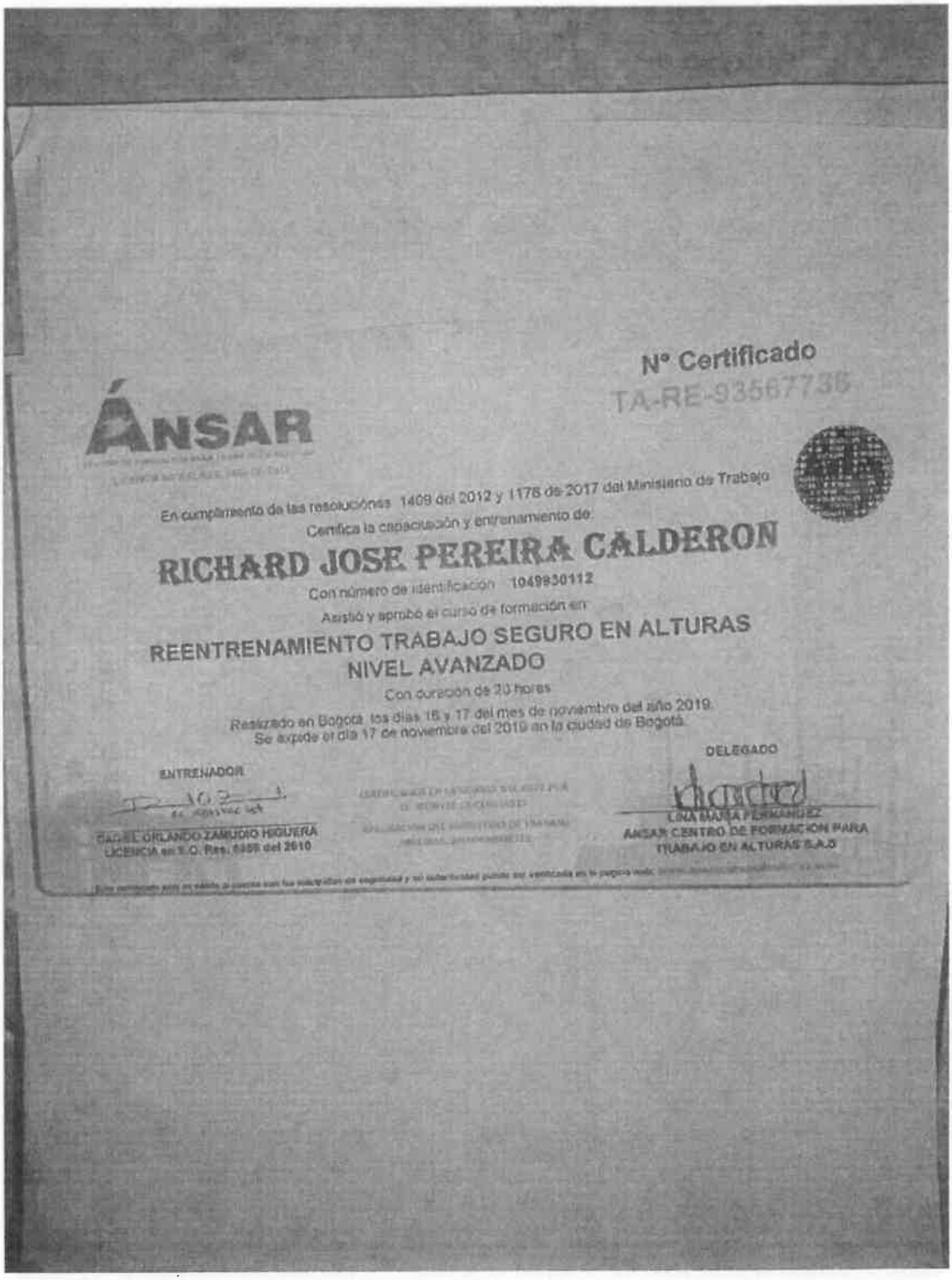
RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

APTO PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA
- CONTROLES MÉDICO PERIODICOS
- OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-

	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	Firma y huella del Trabajador C.C: 1.049.930.112



542



ÁNSAR

Nº Certificado
TA-RE-93567735

En cumplimiento de las resoluciones 1409 del 2012 y 1178 de 2017 del Ministerio de Trabajo
Certifica la capacitación y entrenamiento de:

RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON

Con número de identificación 1049930112
Asistió y aprobó el curso de formación en

REENTRENAMIENTO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS NIVEL AVANZADO

Con duración de 20 horas
Realizado en Bogotá los días 16 y 17 del mes de noviembre del año 2019.
Se expide el día 17 de noviembre del 2019 en la ciudad de Bogotá.

ENTRENADOR

DAG EL ORLANDO ZAMUDIO HIGUERA
LICENCIA en S.O. Res. 5408 del 2010

DELEGADO

LINA MARIA FERNANDEZ
ANSAR CENTRO DE FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS S.A.S


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.032.445.203
DAZA VERGARA
JUAN DAVID


16-AGO-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.82
O+
M
25-AGO-2009 BOGOTA D.C.
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

1544

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1032445203
Nombre:	JUAN DAVID DAZA VERGARA
Fecha Ingreso:	27/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	26/11/2019 04:16:27 p.m.

'861

1545

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JUAN DAVID DAZA VERGARA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,032,445,203**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

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

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

1546

"Código Unicamente para cabezas de familia y afiliados al Régimen Subsidiado"

01 B 12543432

0106488592

DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACION [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. REGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: 1. Dependiente [ ] 2. Independiente [ ] 3. Pensionado [ ] 4. Independiente con contratación de servicios [ ]

CÓDIGO: [ ] FECHA DE LA SOLICITUD: [ ]

A. AFILIACION

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Daza	Vergara	Juan	David

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]

8. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1032445203

9. FECHA NACIMIENTO: 16 08 1991

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

10. DISCAPACIDAD FISICO: Código [ ] 12. DISCAPACIDAD Tipo [ ] Condición [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Colpatria

15a. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 928116

16. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 8C 87a 90 Casa 44

LOCALIDAD / COMUNA:

CIUDAD / MUNICIPIO:

DEPARTAMENTO:

ZONA: U. [X] R. [ ]

TELÉFONO FIJO:

TELÉFONO MÓVIL: 3507247432

CORREO ELECTRÓNICO: r.humanodmo@gmail.com

III. 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: [ ]

21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

22. SEXO: [ ]

23. FECHA NACIMIENTO:

CÓDIGO:

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. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. DISCAPACIDAD
1							
2							
3							
4							

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad y Pais	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL Lo diligencia la EPS	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCION DEL TRASLADO LEGAL	REGIMEN ANTERIOR	NIVEL DE SISBEN
1			R. [ ] U. [ ]							
2			R. [ ] U. [ ]							
3			R. [ ] U. [ ]							
4			R. [ ] U. [ ]							

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE PARA PRESTACIÓN DE SERVICIO Y DE LAS SOLICITUDES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL

35. Nombre o Razón Social: Dma Ingeniería y cemento

36. Tipo documento de identidad: [ ]

37. Número documento de identidad: [X] 901300853

38. Tipo de aportante: [ ] pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cr 100 125A 04 Bodega Almacen 2.89457 3107249893 r.humanodmo@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 23/04/2019

CARGO: Ayud. obra

SALARIO: $ 828116

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 PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES * COLECTIVAS [ ]
11. VINCULACIÓN A OTRA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A OTRA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]

RECIBIDO PARA ESTUDIO DE LA EPS
NOMBRE: DIEGO FERNANDO
CLAVE ASESOR: 3310
FECHA DE LA SOLICITUD: 24/04/2019

V. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] SEXO: [ ] FECHA NACIMIENTO: [ ]

42. FECHA (a partir de):

43. EPS ANTERIOR Código:

44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CAUSAL [ ] REGIMEN [ ] CAUSAL [ ] PERIODO [ ]

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A LA CUAL ESTÁ AFILIADO: [ ]

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[illegible]

VII. FIRMAS

Juan David Daza V.

46. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Diego Fernando Villa G.

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

VIII. ANEXOS

48. Fotocopia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] Cantidad [ ] TOTAL [ ]

49. Copia del recibo de pago del aporte correspondiente al mes anterior a la afiliación colectiva [illegible]

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 27/11/2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica CONSTRUCCIÒN							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:			Cargo:	AYUDANTE DE OBRA			Sección:				

1 Apellido: DAZA	2 Apellido VERGARA	Nombre JUAN DAVID	CC: 1.032.445.203	FN: 16/08/1991	
Edad: 28	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CALLE 8 C # 87 B 90	Tel / Cel: 350 724 72 32
EPS: NUEVA EPS		ARL: COLPATRIA		Fondo Pensiones: PORVENIR	

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
SIN RESTRICCIÓN	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

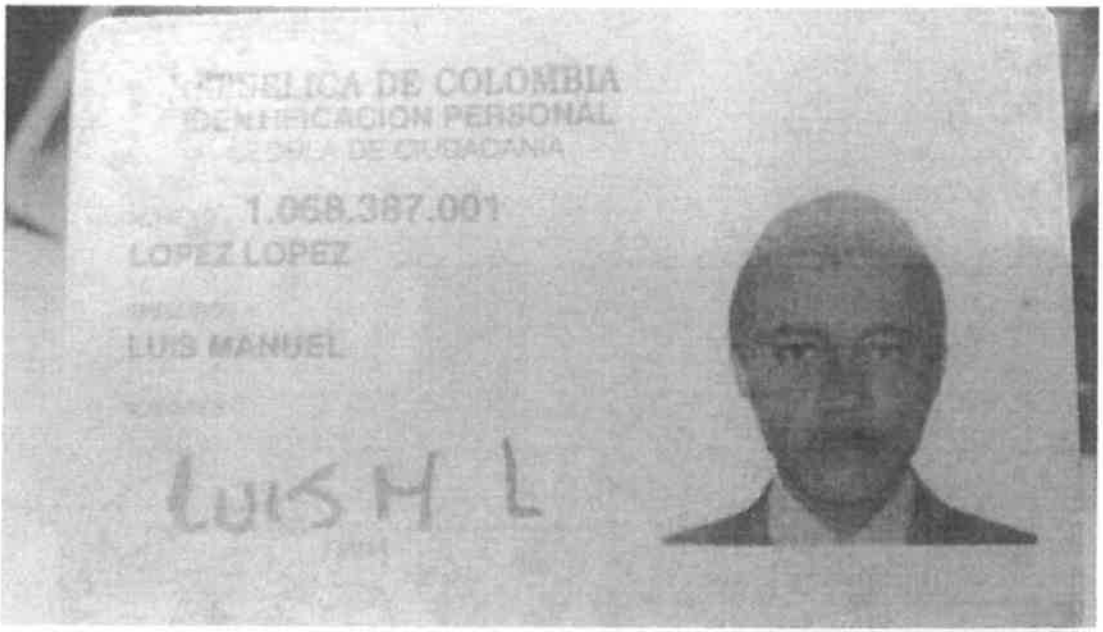
AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	X
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS: OSTEOMUSCULAR			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- APTO PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA
- CONTROLES MÉDICO PERIODICOS
- OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes. Firma y huella del Trabajador C.C:

Bogotá calle 18 A No. 98-70 Cel y Whatsapp 310 2170700 gmail:globalservicemedicinadetrabajo@gmail.com
Página web: http://globalserviceips.wixsite.com/medicalgroup


1.068.387.001
LOPEZ LOPEZ
LUIS MANUEL
LUIS M L


19-JUN-1992
ASTREA
(CESAR)
1.63
O+
M
10-AGO-2010 ASTREA

065

1549

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1068387001
Nombre:	LUIS MANUEL LOPEZ LOPEZ
Fecha Ingreso:	27/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	26/11/2019 04:10:36 p.m.

366

1550

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ LOPEZ LUIS MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.068.387.001** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 18 de febrero de 2015 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 26 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

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

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

155)

"Código Unicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 12543432

0106488592

DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRÁMITE — 2. TIPO DE AFILIACIÓN

A. AFILIACIÓN [X] — B. REPORTE DE NOVEDADES [ ] — A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] — B. Colectivo [ ] — C. Institucional [ ] — D. De oficio [ ] — 3. PILA: C. Convenio [ ] D. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO — 5. TIPO DE COTIZANTE — SUBTIPO — FECHA DE LA AFILIACIÓN

DO Cotizante [X] — CF Cabeza de Familia [ ] — BE Beneficiario [ ] — A. Dependiente [ ] — B. Independiente [ ] — C. Pensionado [ ] — D. Independiente que presenta sus servicios [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lopez	Lopez	Jair	Manuel

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1068387001 — 9. SEXO: M — 10. FECHA NACIMIENTO: 19 06 1992

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código — 12. DISCAPACIDAD: Tipo — Condición — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Colpatria

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Proteccion — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 828116 — 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cr 100 A 135 04 — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO

DEPARTAMENTO: Bogota DC — DEPARTAMENTO: Olmeca — ZONA: U [X] R [ ] — TELÉFONO FIJO

CELULAR: 3202151236 — CORREO ELECTRÓNICO: t.humanolmo@gmail.com

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

18. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

19. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 20. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. SEXO — 22. FECHA NACIMIENTO — PARENTESCO

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	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1								
2								
3								
4								

	31. DATOS DE RESIDENCIA: País	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Alterno	32. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Cuando aplique)	33. Nombre y Código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: Cónyuge o Compañero	Hijo(s)	Madre Gestante
1			R [ ] U [ ]							
2			R [ ] U [ ]							
3			R [ ] U [ ]							
4			R [ ] U [ ]							

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE

35. Nombre o Razón Social: Olmo Ingenieria y const. — 36. Tipo documento de identidad: NI [X] — 37. Número documento de identidad: 901300833 — 39. Tipo de aportante o pagador de beneficios: 1

38. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cr 100 A 135 04 — DEPARTAMENTO: Bogota — 2580055 — TELÉFONO: Olmeca — 3104494390 — CORREO ELECTRÓNICO: t.humanolmo@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 27 11 2019 — CARGO: Ayudante Obra — SALARIO: $ 828116

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1 ACTUALIZACIÓN 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 RETIRACIÓN 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 [ ]

41. NOVEDAD: A. INGRESO [X] B. RETIRO [ ]
NUEVA
RETIRO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE
CLAVE ASESOR
FECHA DE LA CAUSA
REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO

42. FECHA (a partir de) — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: Cónyuge [ ] Hijo(s) [ ] Madre Gestante [ ] — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PE

VIII. ACLARACIONES / AUTORIZACIONES

46. Declaro que conozco el régimen de afiliación y aceptaré las condiciones establecidas para el mismo. Declaro que los datos consignados en el presente formulario son ciertos y me comprometo a informar oportunamente cualquier modificación que se presente.
47. Autorizo la verificación de la información suministrada en el presente formulario.
48. Declaro bajo la gravedad de juramento que no pertenezco a ningún otro régimen de salud.
49. Autorizo a mi EPS para que en caso de no ser posible establecer contacto con el cotizante, cabeza de familia o beneficiario, me comunique con el empleador o con la persona que figura en el presente formulario.
50. Autorizo para que mi EPS envíe mensajes de texto a mi celular con información relacionada con mi afiliación y servicios de salud.
51. Autorizo para que mi EPS envíe información a mi correo electrónico sobre mi afiliación y servicios de salud.
52. Autorizo para que mi EPS envíe a mi domicilio los datos correspondientes a mi afiliación y la de mi cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
53. Autorizo para que mi EPS envíe información a mi correo electrónico o a mi celular sobre temas relacionados con salud.

IX. FIRMAS

54. Firma del afiliado, cabeza de familia o beneficiario: Jair M L

55. Huella del cotizante o del beneficiario mayor de edad: Diego Fernando Hillard

X. USO EPS

Recibido [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 27/11/2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica CONSTRUCCIÒN							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:		Cargo:		AYUDANTE DE OBRA		Sección:					

1 Apellido: LOPEZ	2 Apellido LOPEZ	Nombre LUIS MANUEL		CC: 1.068.387.001	FN: 14/06/1992
Edad: 27	Sexo: M	Estado Civil: SOLTERO	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CALLE 8 C # 87 B 90	Tel / Cel: 312 478 96 48
EPS	NUEVA EPS	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PROTECCIÓN

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
SIN RESTRICCIÓN	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	X
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS: OSTEOMUSCULAR			

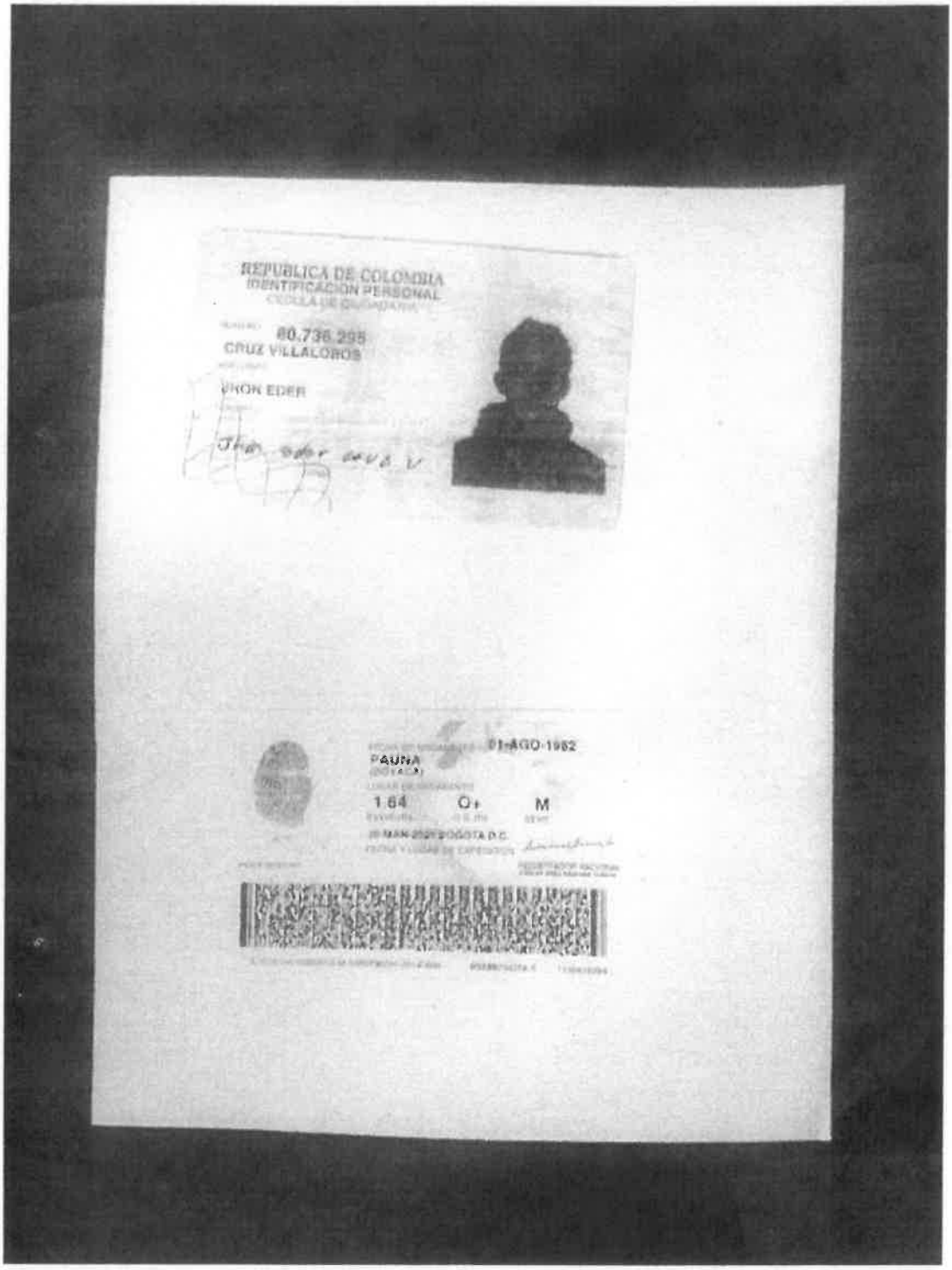
RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

APTO PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA
- CONTROLES MÉDICO PERIODICOS
- OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
-

	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	Firma y huella del Trabajador C.C:

Bogotá calle 18 A No. 98-70 Cel y Whatsapp 310 2170700 gmail:globalservicemedicinadetrabajo@gmail.com
Página web: http://globalserviceips.wixsite.com/medicalgroup

1553



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

80.736.295
CRUZ VILLALOBOS

YHON EDER

01-AGO-1982

PAUNA
(BOYACA)

1.64 O+ M

20-MAR-2001 BOGOTA D.C.

340

1554

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	80736295
Nombre:	JHON EDER CRUZ VILLALOBOS
Fecha Ingreso:	29/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	28/11/2019 08:47:47 p.m.

371

1535

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CRUZ VILLALOBOS JHON EDER** identificado(a) con **CC** número **80.736.295** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de noviembre de 2003 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 28 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

372

F56

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 28-11-2019	Ciudad: BOGOTA		Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico	Otro
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S		Actividad Económica Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica						
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:				
Tiempo en la empresa		Cargo	Ayudante de Obra		Sección.				

1 Apellido: CRUZ	2 Apellido: VILLALOBOS		Nombre: JHON EDER		CC: 80.736.295		FN 01/08/1982		
Edad: 37	Sexo: M	Estado Civil: UNION LIBRE	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CARRERA 100 B 133 41		Tel / Cel: 3143977488			
EPS	NUEVA EPS		ARL	COLPATRIA		Fondo Pensiones	PROTECCION		

EXAMEN MEDICO INGRESO						EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO		X	NO APTO			NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	X
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

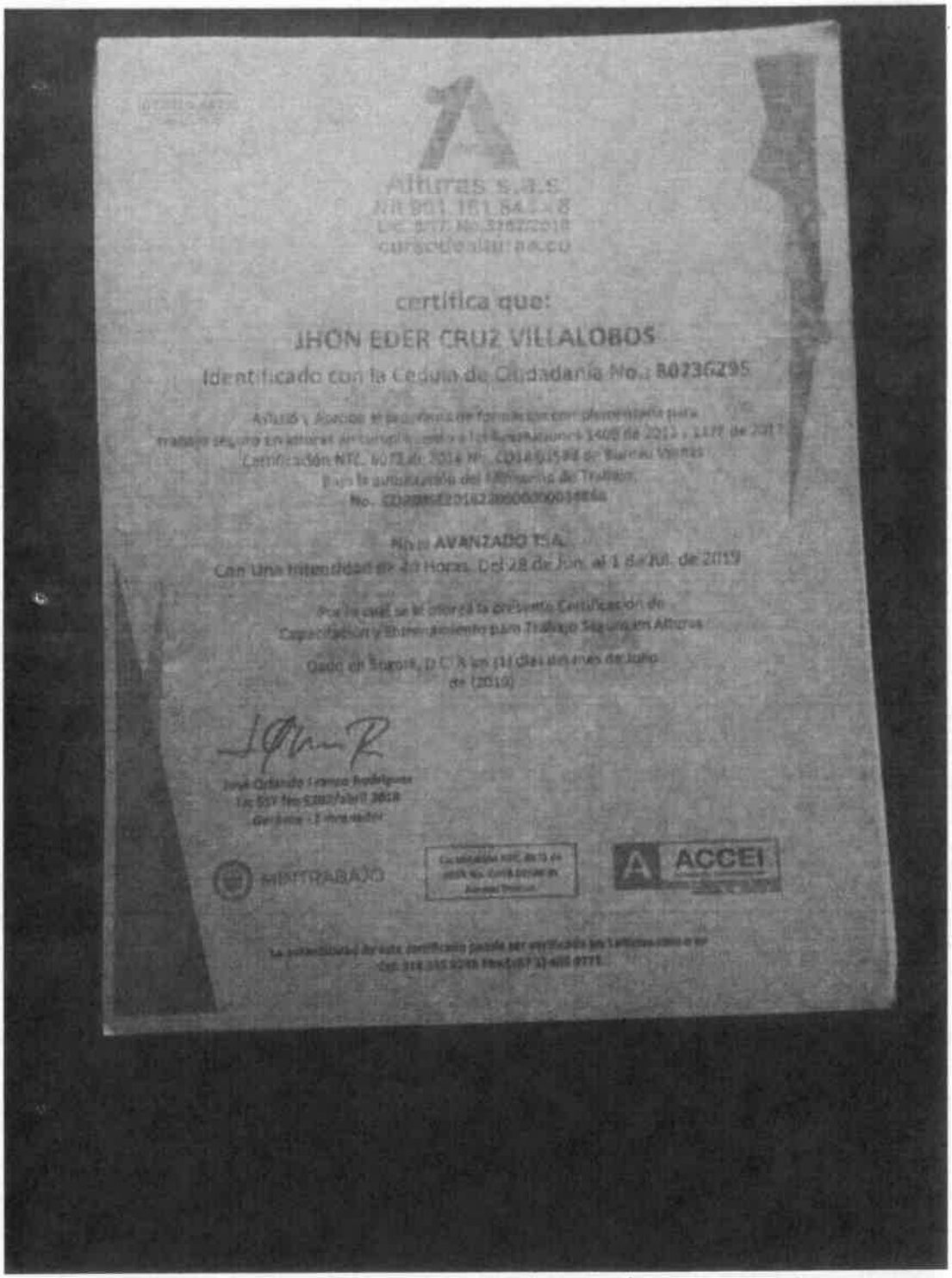
SIN RESTRICCIÓN PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA

CONTROLES MEDICOS PERIODICOS

SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

	La información antes suministrada es completa veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	Jhon eder cruz V. Firma y huella del Trabajador C.C:



Alturas S.A.S.
NIT 901.161.84_-8
Lic. STT No.3162/2018
cursodealturas.co

certifica que:

JHON EDER CRUZ VILLALOBOS

Identificado con la Cedula de Ciudadanía No.: 80736295

Aprobó y Asistió el programa de formación con intensidad para trabajo seguro en alturas de conformidad con la Resolución 1409 de 2012 y 1178 de 2017 Certificación NTC 6072 de 2014 N° CO14/0594 de Bureau Veritas para la actividad del Ministerio de Trabajo.
No. CO20[illegible]

Nivel AVANZADO T.S.A.
Con Una Intensidad de 40 Horas. Del 28 de Jun. al 1 de Jul. de 2019

Por lo cual se le otorga la presente Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (1) días del mes de Julio de (2019)

José Orlando Franco Rodríguez
Lic STT No 5202/Julio 2018
Gerente - Entrenador

MINTRABAJO

ACCEI

La autenticidad de este certificado puede ser verificada en [illegible]
Cel. 314 [illegible] Fax (57 1) 405 0771


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 11.705.453
GUERRERO FLOREZ
APELLIDOS
FRANCISCO DADINSON
NOMBRES
FIRMA

375

1559


FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1975
ISTMINA
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
16-SEP-1995 ISTMINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00129921-M-0011
0006420846A 2
1150034807

376

1560

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	11705453
Nombre:	FRANCISCO DADINSON GUERRERO FLOREZ
Fecha Ingreso:	29/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	28/11/2019 08:43:00 p.m.

371

F361

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GUERRERO FLOREZ FRANCISCO DADINSON** identificado(a) con **CC** número **11.705.453** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2004 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 28 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

NIT 830 003 564-7

9006292439

29 11 2019

370

1562

1 Tipo de planilla: A. Afiliación B. Novedad X

2 Tipo de Aportante: A. Independiente o Cotizante a pensiones X

3 Régimen: A. Ley 100 de 1993 X

4 Tipo de Aportante: A. Cotizante X

5 Hoja de Cotización: A. Principal X

Código operador: 1562

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (por cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
GUERRERO	FLOREZ	FRANCISCO	DADINSON

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1005295326	X	08 01 1975

C. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personal)

11. Etnia | 12. Grupo poblacional | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de pensiones: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A | 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización: $828.116 | 18. Novedades

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente y padres)

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Estilo
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad	32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional pagada por la EPS
	Tipo	Dirección	Municipio	Zona	Departamento	Teléfono fijo o celular	
01							
02							
03							
04							
05							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS: | Código de la IPS (asignado por la ADRES)

C

D

E

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

35. Razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a reportar por la EPS)
OLMO INGENIERIA Y	NT	901300853	

39. Dirección	40. Teléfono fijo o celular	41. Departamento	42. Municipio
CR 100 A N 135 04	3107844390	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad

1. Modificación de Datos básicos de Identificación | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización documento de identidad | 4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Terminación de la afiliación | 6. Reactivación en la EPS | 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales | 8. Exclusión de beneficiarios y de afiliados adicionales | 9. Cambio de relación afiliado principal - beneficiario | 10. Suspensión temporal de la afiliación durante la vigencia de las condiciones para ser aportante | 11. Verificación para reactivación temporal para validar situaciones pendientes | 12. Declaración de no existencia de vínculo laboral o relación contractual para efectos de la afiliación | 13. Movilidad: A. Regímenes Contributivo | B. Régimen Subsidiado | 14. Traslado: A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen | 15. Retiro de Mecanismo | 16. Retiro por cambio de ocupación al cesante | 17. Retiro de la calidad de Pensionado | 18. Retiro de la calidad de Trabajador | 19. Retiro de la calidad de Trabajador

Cambio X

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

44. Datos básicos de identificación						
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	47. Fecha novedad		
46. EPS anterior				29	11	2019
			44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código de municipio	Código de departamento	67. Datos del SISBEN: Número de la ficha	Puntaje	Área	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

71. Tipo de documento de identidad	72. Número de documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

73. Firma del funcionario

Cambio Empleo

379

1563

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

echa: 28-11-2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso	Periodico
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica				
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:			
Tiempo en la empresa:		Cargo:	AYUDANTE DE OBRA		Sección:			

1 Apellido. GUERRERO	2 Apellido: FLOREZ	Nombre: FRANCISCO DADINSON	CC: 11.705.453	FN 08/01/1

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Dirección:	Tel / Cel
41	M	UNION LIBRE	BACHILLER	Carrera 16ª 63 D 37 SUR	3103254663

EPS	FAMISANAR	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PROTECCION

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	

EXAMEN MEDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTUR			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA

OTROS: PSICOMETRICOS

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

SIN RESTRICCIÓN PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA

CONTROLES MEDICOS PERIODICOS

SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La información antes suministrada es completa. veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes



Francisco Guerrero F

Firma y huella del Trabajador
C.C:

380

1564


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 13.567.416
OSPINO PINZON
APELLIDOS
JORGE ARMANDO
NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1983
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-OCT-2001 BARRANCABERMEJA
REGISTRADOR NACIONAL

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	13567416
Nombre:	JORGE ARMANDO OSPINO PINZON
Fecha Ingreso:	29/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	28/11/2019 08:45:25 p.m.

382

1566

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OSPINO PINZON JORGE ARMANDO** identificado(a) con **CC** número **13.567.416** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de julio de 2014 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 28 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha. 28-11-2019	Ciudad. BOGOTA		Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico Otro
Empresa.	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S		Actividad Económica Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica					
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:			
Tiempo en la empresa			Cargo:	AYUDANTE DE OBRA		Sección.		

1 Apellido: OSPINO	2 Apellido: PINZON	Nombre: JORGE ARMANDO	CC: 13.567.416	F.N: 18/04/1983

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Dirección	Tel / Cel
36	M	UNION LIBRE	BACHILLER	Carrera 100 B 133 41	3143977488

EPS	COOMEVA	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PROTECCION

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	

EXAMEN MEDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS		
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	X

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA	OTROS: PSICOMETRICOS

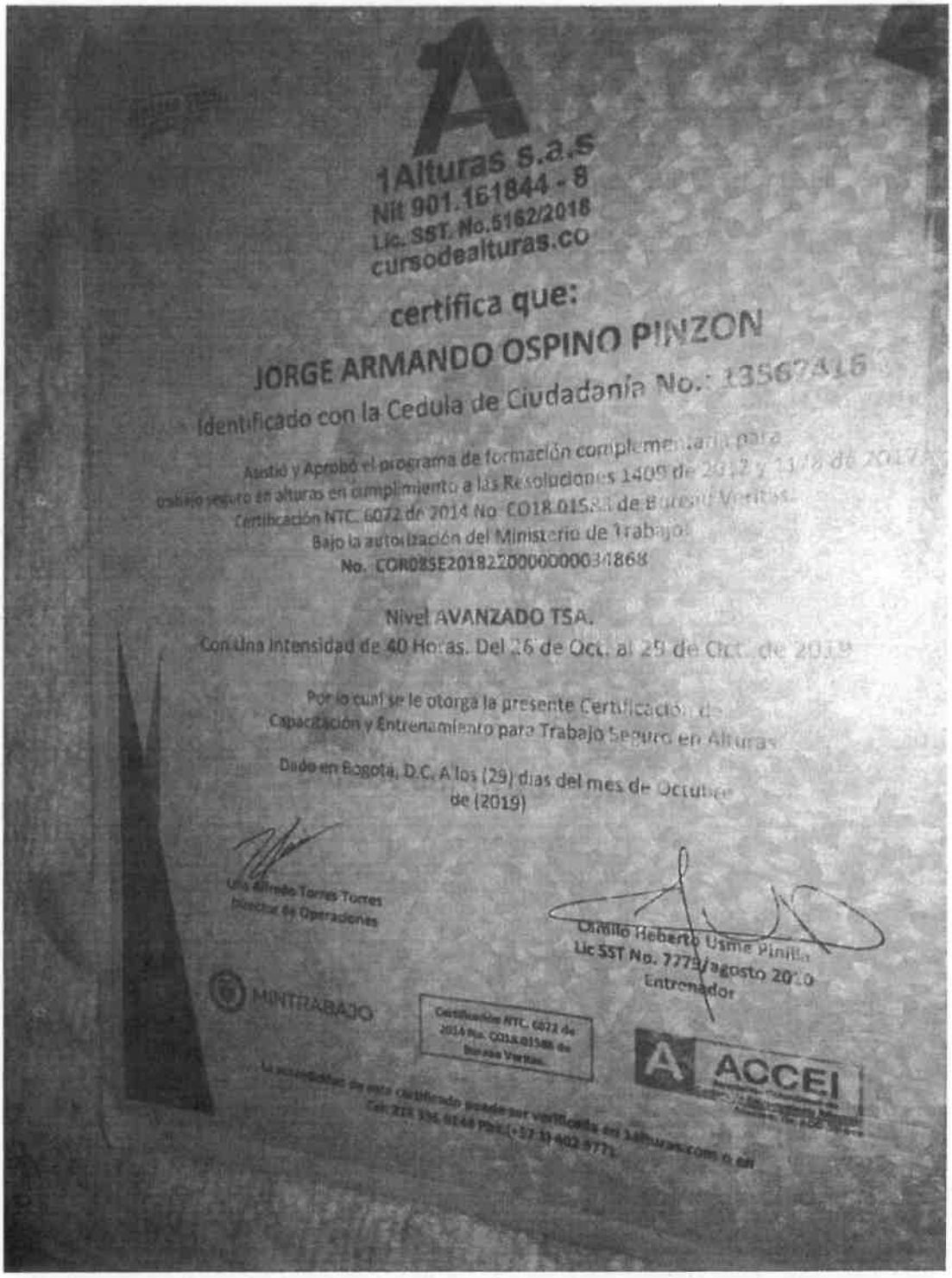
RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- SIN RESTRICCIÓN PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

	La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA RESOLUCION 6068	Firma y huella del Trabajador C.C: 13.567.416

384

1568



1Alturas s.a.s
Nit 901.161844 - 8
Lic. SST. No.5162/2018
cursodealturas.co

certifica que:

JORGE ARMANDO OSPINO PINZON

Identificado con la Cedula de Ciudadanía No.: 13567416

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 1409 de 2012 y 1178 de 2017, Certificación NTC. 6072 de 2014 No. CO18.01588 de Bureau Veritas. Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo.

No. COR085E2018220000000034868

Nivel AVANZADO TSA.

Con una intensidad de 40 Horas. Del 26 de Oct. al 29 de Oct. de 2019

Por lo cual se le otorga la presente Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (29) días del mes de Octubre de (2019)

Luis Alfredo Torres Torres
Director de Operaciones

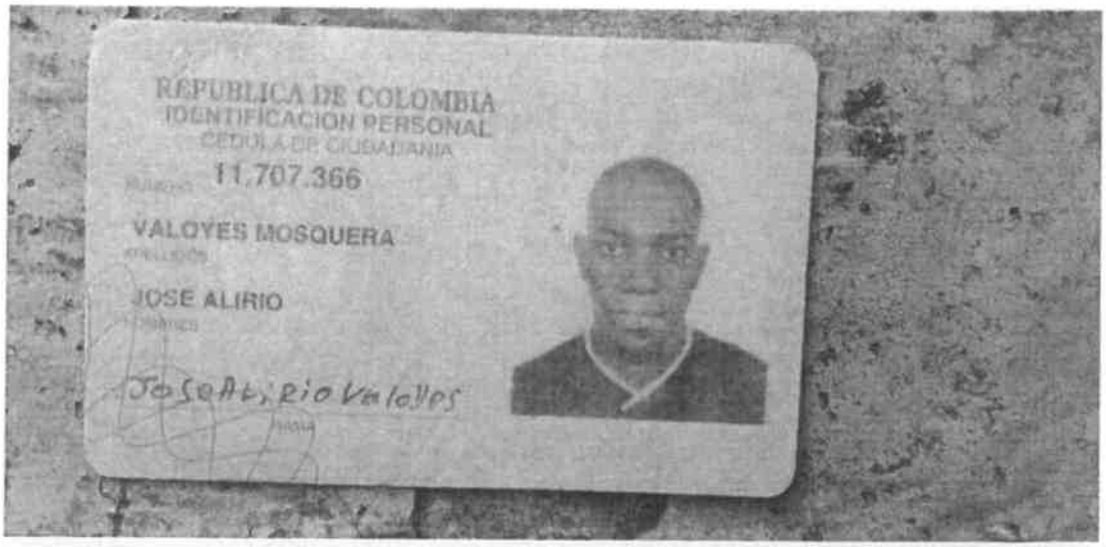
Camilo Heberto Usme Pinilla
Lic SST No. 7779 agosto 2018
Entrenador

MINTRABAJO

Certificación NTC. 6072 de 2014 No. CO18.01588 de Bureau Veritas.

ACCEI

La autenticidad de este certificado puede ser verificada en 1alturas.com o en Cel: 313 396 6148 PBX: (+57 1) 402 9771


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
11.707.366
VALOYES MOSQUERA
JOSE ALIRIO
Jose Alirio Valoyes


FECHA DE NACIMIENTO
24-DIC-1981
ISTMINA
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
15-MAR-2000 ISTMINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

386

1570

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	11707366
Nombre:	JOSE ALIRIO VALOYES MOSQUERA
Fecha Ingreso:	29/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	28/11/2019 08:49:49 p.m.

387

1571

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO** identificado(a) con **CC** número **11.707.366** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de octubre de 2001 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 28 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

300

1572

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea el instructivo que se le entregó antes de diligenciar este formulario

* 5 0 0 2 1 5 6 6 2 6 *

No. DE RADICACIÓN: 5002156626

Fecha de Radicación: 29 11 2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] 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 [X] 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: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Valoyes	Atrosquera	Jose	Acicio

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1170736b	Femenino [ ] Masculino [X]	24 12 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [ ] Condición [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Colpatria	Proteccion	$ 828116

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Cra 100 D 13341		314 394 7482

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento
Bogota DC	Urbana [X] Rural [ ]		Cundinamarca

SALUD TOTAL EPS-S
Unidad Promotora de Salud
Validado para Contratación

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 [ ]	

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 del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
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 de pensiones (a registrar por la EPS)
Olmo Ingeniería Flexible	NIT	901300823-1	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Cra 100 # 13541	2921155	rhumanos@olmo.com.co	Bogotá DC	Cundinamarca

ORIGINAL EPS

FORMULARIO V2.1 12/2016

384 1573

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 28-11-2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica					
A traves de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:				
Tiempo en la empresa.		Cargo:		Ayudante de Obra		Seccion:			

1 Apellido: VALOYES	2 Apellido: MOSQUERA	Nombre: JOSE ALIRIO	CC: 11.707.366	FN: 24/12/1	
Edad: 37	Sexo: M	Estado Civil: UNION LIBRE	Escolaridad: BACHILLER	Dirección: CARRERA 100 B 133 41	Tel / Cel: 3143977488
EPS	SALUD TOTAL	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PROTECCION

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	

EXAMEN MEDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

SIN RESTRICCIÓN PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA

- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes examenes

Firma y huella del Trabajador
C.C:





ASESORIAS Y SOLUCIONES VERTICALES S.A.S

Nit: 901.165.420-7 Licencia SST N° 4970 del 12 Abril de 2018

VERTICAL

Confiere la presente certificación de capacitación y entrenamiento a

VALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NUMERO 11707366

Quien curso y aprobó satisfactoriamente el programa de formación de Trabajo Seguro en Alturas

TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

Realizado desde el 23 de Junio hasta el 24 de Junio del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 20 horas

La presente certificación se emite a los 24 días del mes de Junio del año 2019 en la ciudad de Bogotá D.C.
Consecutivo de registro N° TPG- 11707366

Asesorias y Soluciones Verticales S.A.S
Representante Legal



FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-JUN-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.014.233.482
CORTES ROMERO
APELLIDOS
LUIS ARMANDO
NOMBRES
Luis Armando Cortes
FIRMA

392

1576

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1014233482
Nombre:	LUIS ARMANDO CORTES ROMERO
Fecha Ingreso:	28/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	27/11/2019 08:38:17 p.m.

1577

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CORTES ROMERO LUIS ARMANDO** identificado(a) con **CC** número **1.014.233.482** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2011 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 noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

9007111485

28 11 2019

1578

II. AFILIACIÓN I) DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (por cotizante o cabeza de familia)

4. Apellidos y nombres			
CORTES	ROMERO	LUIS	ARMANDO

5. Tipo de documento de identidad	6. Número del documento de identidad	7. Sexo	8. Fecha de nacimiento
CC	1014233482	X	18 06 1992

II) DATOS COMPLEMENTARIOS (datos personales)

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A

17. Ingreso Base de Cotización - IBC: $828.116

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

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Edad
01						
02						
03						
04						
05						

31. Discapacidad	32. Datos de residencia				33. Zona de la UPC en donde deberán ser prestados los servicios por la EPS
	Municipio	Zona	Departamento	Teléfono fijo con indicativo	
01					
02					
03					
04					
05					

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Entidad prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS seleccionada por la EPS
C	
01	
02	

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

35. Apellidos y nombres / Razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (Anexar Res de UPC)	39. Ubicación		
ÓLMO INGENIERIA Y	NT	901300853		CR 100 A N 135 04	3107844390	BOGOTA / DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Ingreso por primera vez al Sistema de Seguridad Social | 2. Corrección de datos básicos de identificación | 3. Actualización de información de ubicación | 4. Afiliación y novedad de pensiones | 5. Terminación de la afiliación por fallecimiento | 6. Traslado de la EPS | 7. Traslado de pensionado a la EPS | 8. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 9. Traslado de pensionado a la EPS | 10. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 11. Traslado de pensionado a la EPS | 12. Terminación de la afiliación por traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 13. Terminación de la afiliación por traslado de pensionado a la EPS | 14. Terminación de la afiliación por traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 15. Traslado de pensionado a la EPS | 16. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 17. Traslado de pensionado a la EPS | 18. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 19. Traslado de pensionado a la EPS | 20. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 21. Traslado de pensionado a la EPS | 22. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 23. Traslado de pensionado a la EPS | 24. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 25. Traslado de pensionado a la EPS | 26. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 27. Traslado de pensionado a la EPS | 28. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 29. Traslado de pensionado a la EPS | 30. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 31. Traslado de pensionado a la EPS | 32. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 33. Traslado de pensionado a la EPS | 34. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 35. Traslado de pensionado a la EPS | 36. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 37. Traslado de pensionado a la EPS | 38. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 39. Traslado de pensionado a la EPS | 40. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 41. Traslado de pensionado a la EPS | 42. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 43. Traslado de pensionado a la EPS | 44. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 45. Traslado de pensionado a la EPS | 46. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 47. Traslado de pensionado a la EPS | 48. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 49. Traslado de pensionado a la EPS | 50. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 51. Traslado de pensionado a la EPS | 52. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 53. Traslado de pensionado a la EPS | 54. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 55. Traslado de pensionado a la EPS | 56. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 57. Traslado de pensionado a la EPS | 58. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 59. Traslado de pensionado a la EPS | 60. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 61. Traslado de pensionado a la EPS | 62. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 63. Traslado de pensionado a la EPS | 64. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 65. Traslado de pensionado a la EPS | 66. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 67. Traslado de pensionado a la EPS | 68. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 69. Traslado de pensionado a la EPS | 70. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 71. Traslado de pensionado a la EPS | 72. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 73. Traslado de pensionado a la EPS | 74. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 75. Traslado de pensionado a la EPS | 76. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 77. Traslado de pensionado a la EPS | 78. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 79. Traslado de pensionado a la EPS | 80. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 81. Traslado de pensionado a la EPS | 82. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 83. Traslado de pensionado a la EPS | 84. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 85. Traslado de pensionado a la EPS | 86. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 87. Traslado de pensionado a la EPS | 88. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 89. Traslado de pensionado a la EPS | 90. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 91. Traslado de pensionado a la EPS | 92. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 93. Traslado de pensionado a la EPS | 94. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 95. Traslado de pensionado a la EPS | 96. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 97. Traslado de pensionado a la EPS | 98. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones | 99. Traslado de pensionado a la EPS | 100. Traslado de pensionado a otro fondo de pensiones

X

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	
43. EPS anterior	44. Motivo de retiro	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		28 11 2019	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

56. Identificación de la entidad Territorial	57. Datos del SISBEN	58. Fecha de radicación	59. Fecha de validación

60. Datos que fundamentan la validación

61. Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
62. Apellidos y nombres		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

Cambio Empleo

395

1579

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 28-11-2019	Ciudad: BOGOTA	Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico		Cam
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Economica					
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:				
Tiempo en la empresa:		Cargo:	AYUDANTE DE OBRA		Sección:				

1 Apellido: CORTES	2 Apellido: ROMERO	Nombre: LUIS ARMANDO	CC: 1.014.233.482	FN: 18/06/19

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Dirección	Tel / Cel
27	M	SOLTERO	BACHILLER	CARRERA 87B 88 03	3203924877

EPS	FAMISANAR	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PROTECCION

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	

EXAMEN MEDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTUR			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA

OTROS: PSICOMETRICOS

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

SIN RESTRICCIÓN PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA

CONTROLES MEDICOS PERIODICOS

SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes examenes

Luis Armando Cortes

Firma y huella del Trabajador
C.C:



Services & Training

Health, Safety and Environment

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

SERVICES & TRAINING HSE COLOMBIA SAS

En cumplimiento de la Res. 1409 de 2012, Res. 1903 de 2013, Res. 3368 de 2014, Res. 1178 de 2017 y NTC 6072

Hace constar que:

LUIS ARMANDO CORTES ROMERO

CC 1014233482

Certificado No. S&T 1948514

Cursó y aprobó la acción de formación

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO

Con una intensidad de 20 horas

En testimonio de lo anterior se firma en la ciudad de:

Bogotá D.C el 27 de Noviembre de 2019

CAMILO HERNANDEZ GUTIERREZ

LICENCIA COPNIA No. [illegible] DE [illegible]

ENTRENADOR

EDGAR HERNANDO PÉREZ LOZANO
REPRESENTANTE LEGAL

SERVICES & TRAINING HSE COLOMBIA SAS NIT 900.830.894-5

Licencia Seguridad y Salud en el Trabajo 2375 de 19/07/2018

APROBACIÓN MINISTERIO DEL TRABAJO 08SE2018220000000019567 2018-05-30

CERTIFICADO POR BUREAU VERITAS CO 18 01077 12 DE ABRIL 2018 NTC 6072-2014

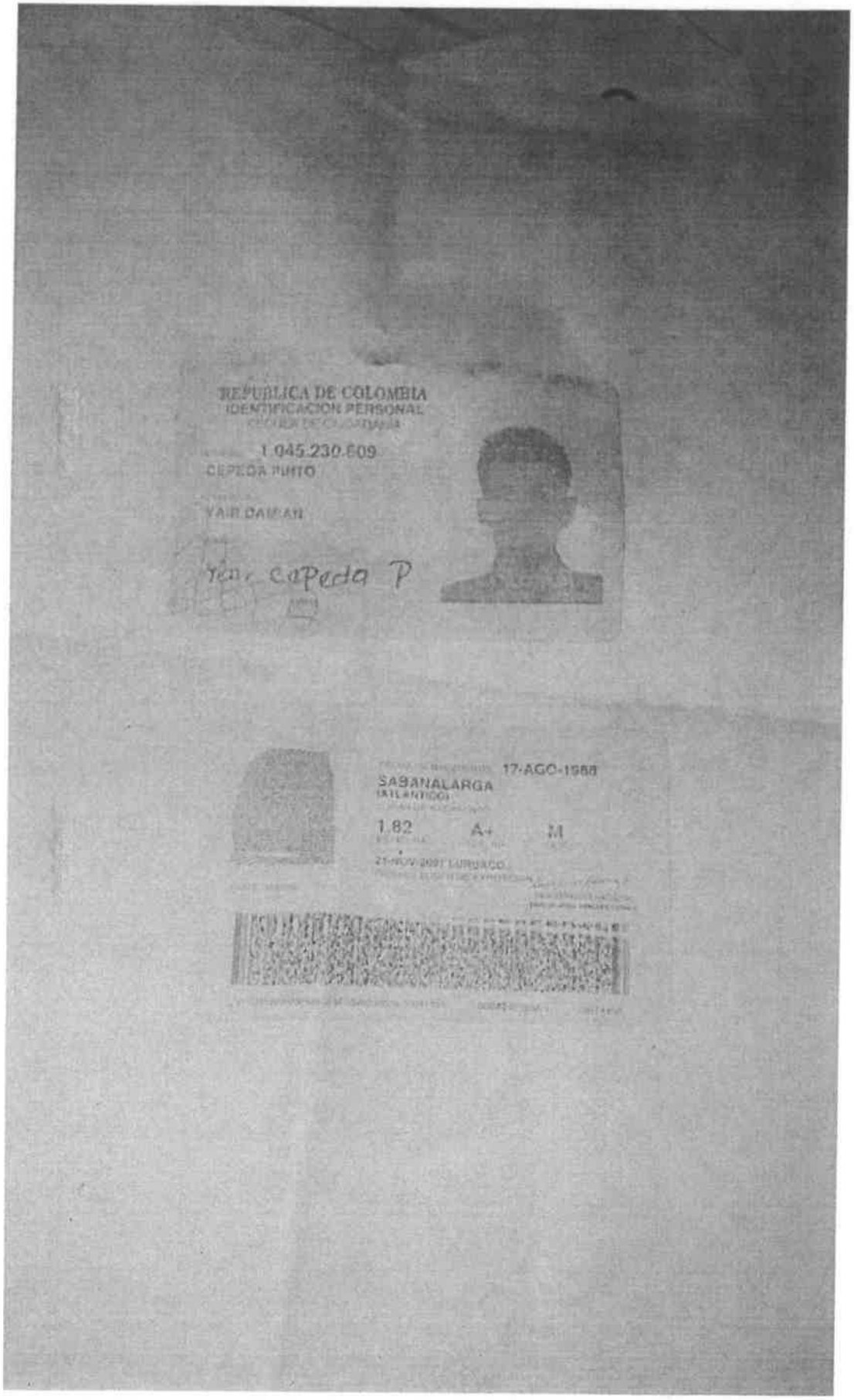
ACREDITADO ONAC ISO/IEC 17065-2012 09-CPR-008

Transversal 27 51 A 18 Bogotá D.C. 311 277 9960 - 315 399 2125

Verificación de Certificados Unicamente en: www.servicestraining.co • info@servicestraining.co

397

581


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.045.230.609
CEPEDA PINTO
YAIR DAVIAN
17-AGO-1988
SABANALARGA
(ATLANTICO)
1.82
A+
M

398

1582

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1045230609
Nombre:	YAIR DAMIAN CEPEDA PINTO
Fecha Ingreso:	28/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	27/11/2019 08:28:17 p.m.

347

1583

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **YAIR DAMIAN CEPEDA PINTO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,045,230,609**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

400

1584

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

NIT 800.130.907-4

* 5 0 0 2 1 5 6 6 2 6 *

No. DE RADICACIÓN 5002156626

Fecha de Radicación 28/1/2018

I DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] 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 [X] 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 IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Cepeda	Segundo apellido: Pinto	Primer nombre: Yair	Segundo nombre: Damian

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1045 230 609	Femenino [ ] Masculino [X]	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo: F N M — Condición: T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Colpatria	Porvenir	$ 828116

18. Residencia			
Dirección: Cr 94 127 b 24	Teléfono:	Teléfono Celular: 3005090560	
Municipio/Distrito: Bogota DC	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: Suba	Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

SALUD TOTAL EPS S.A. Unidad Control de Calidad Recibido para Control

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 [ ]	

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 del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
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 de pensiones (a registrar por la EPS)
olmo Ingenieria y Construccion	NIT	901 200 853-1	

39. Ubicación				
Dirección: Cr 100 A 135 04	Teléfono: 2807155	Correo electrónico: r.hanango@gmail.com	Municipio/Distrito: Bogota DC	Departamento: Cundinamarca

ORIGINAL EPS

FORMATO V1.1 (08)

401

585

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 26/11/2019	Ciudad: BOGOTA		Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periodico	
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S		Actividad Económica CONSTRUCCION						
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:				
Tiempo en la empresa:		Cargo:	AYUDANTE DE OBRA		Sección:				

1 Apellido: CEPEDA	2 Apellido PINTO	Nombre: YAIR DAMIAN	CC. 1.045.230.609	F.N. 17/08/1988

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Dirección:	Tel / Cel
31	M	Unión Libre	BACHILLER	Carrera 94 127 b 24	3005290560

EPS	SALUD TOTAL	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PORVENIR

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
SIN RESTRICCIÓN	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	

EXAMEN MEDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURA		
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA

OTROS: OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

APTO PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA

CONTROLES MÉDICO PERIODICOS

OSTEOMUSCULAR RANGO NORMAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

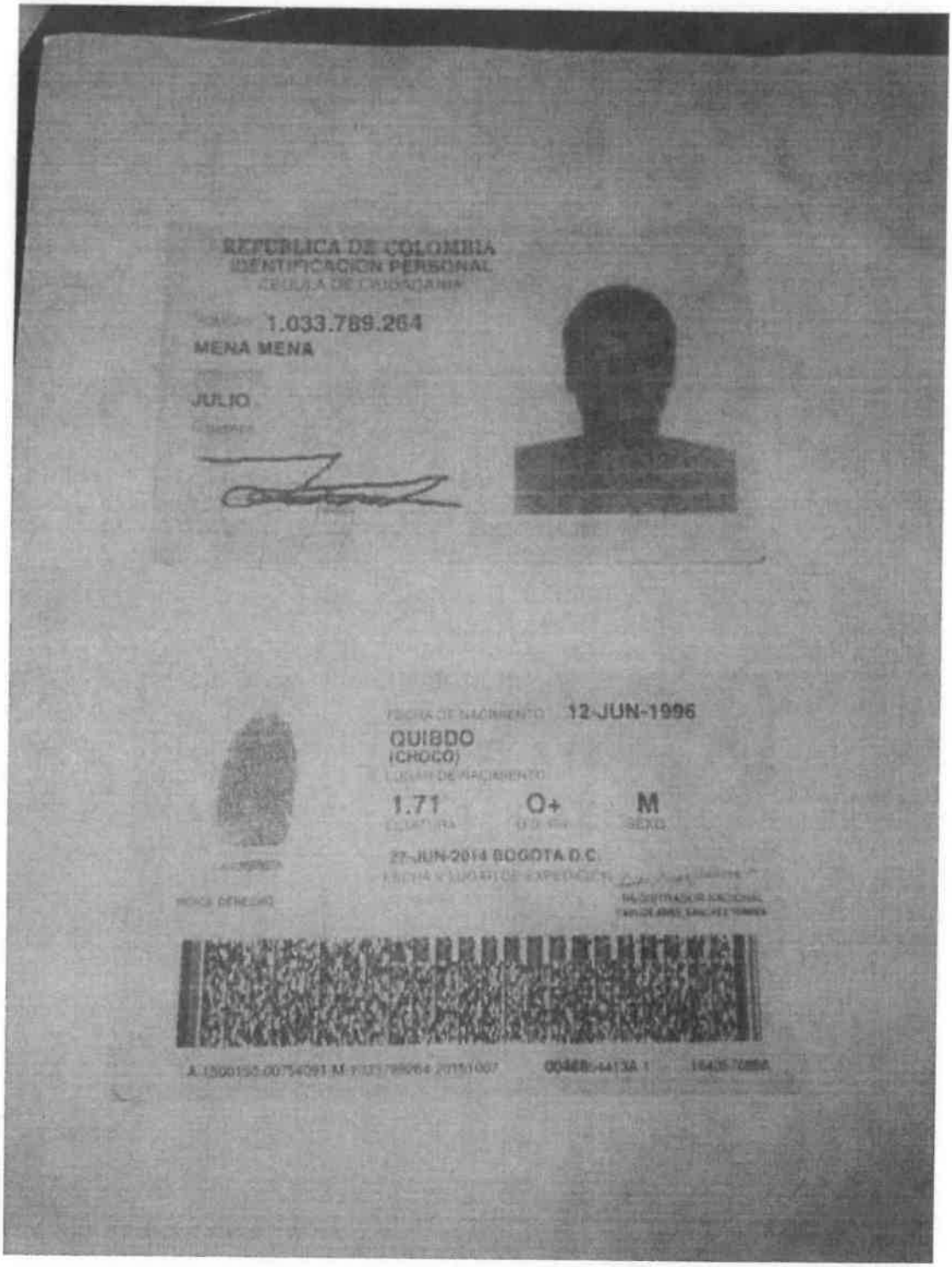
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes examenes

Yair cepeda P
Firma y huella del Trabajador
C.C

402

1586



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.789.264
MENA MENA

JULIO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1996
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-JUN-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-0074091 M 1033789264 20151007 00468-4413A 1 1643570856

403

1587

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1033789264
Nombre:	JULIO MENA MENA
Fecha Ingreso:	28/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	27/11/2019 08:31:50 p.m.

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JULIO MENA MENA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,033,789,264**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

NIT 830.005.564-7

9006324185

28 11 2019

403

589

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o pensionado)

1. Apellidos y nombres			
MENA	MENA	JULIO	
2. Tipo de documento de identidad	3. Número del documento de identidad	4. Sexo	5. Fecha de nacimiento
CC	1033789264	X	12 06 1996

C. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Fondos de Pensiones - AFP	16. Administradora de Cesantías
				AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización: $828.116 18. Residencia

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los demás adultos

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Email
01						
02						
03						
04						
05						

31. Discapacidad	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
Tipo / Certificado	Municipio / Distrito	Zona / Área	Departamento	Teléfono fijo principal		
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

35. Razón social o apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o régimen del pensionado (a registrar por la EPS)
OLMO INGENIERIA Y	NT	901300853	

39. Dirección	40. Teléfono	41. Departamento	42. Municipio
CR 100 A N 135 04	3107844390	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

F. REPORTE DE NOVEDADES

48. Tipo de novedad

1. Modificación de otros datos básicos de identificación | 2. Corrección de otros datos básicos de identificación | 3. Actualización de documento de identidad | 4. Actualización y corrección de datos complementarios | 5. Traslado de la afiliación a otra EPS | 6. Suspensión en la EPS | 7. Novedad de beneficiarios o de demás adultos | 8. Cambio de beneficiarios o de demás adultos | 9. Retiro de ningún beneficiario o adquisición de condiciones para cotizar X | 10. Terminación de la relación laboral o de las condiciones para seguir cotizando | 11. Vinculación a la primera autoridad para nuevas afiliaciones colectivas | 12. Desvinculación de una entidad territorial para nuevas afiliaciones colectivas | 13. Modificación A. Régimen Contributivo | 14. Reintegro Subsidiado | 15. Traslado A. Mismo Régimen | 16. Diferente Régimen | 17. Reporte de fallecimiento | 18. Reporte de traslado de protección al cesante | 19. Reporte de la validez de Pila permanente | 20. Reporte de la validez de Pila no permanente

G. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

43. Datos básicos de identificación						
Tipo de documento de identificación	Número del documento de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento

44. EPS anterior	45. Motivo de traslado	46. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	47. Fecha novedad
			28 11 2019

H. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65. Municipio de la entidad Territorial (Código de municipio / Código del departamento)	67. Datos del SISBEN (Número de la ficha / Puntaje / Zona)	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

71. Tipo de documento	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma y sello (cuando aplique)

Cambio Empleo

40 15

1540

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 27-11-2019	Ciudad: BOGOTA		Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico	
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S		Actividad Económica						
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:				
Tiempo en la empresa:		Cargo:	AYUDANTE DE OBRA		Sección:				

1 Apellido: MENA	2 Apellido: MENA	Nombre: JULIO	CC: 1.033.789.264	F.N. 12/06/19

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Dirección	Tel / Cel
23	M	SOLTERO	BACHILLER	TRANSVERSAL 65 76ª 51 SUR	3134671984

EPS	FAMISANAR	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PORVENIR

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	

EXAMEN MEDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO	

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA

OTROS: PSICOMETRICOS

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

SIN RESTRICCIÓN PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA

CONTROLES MEDICOS PERIODICOS

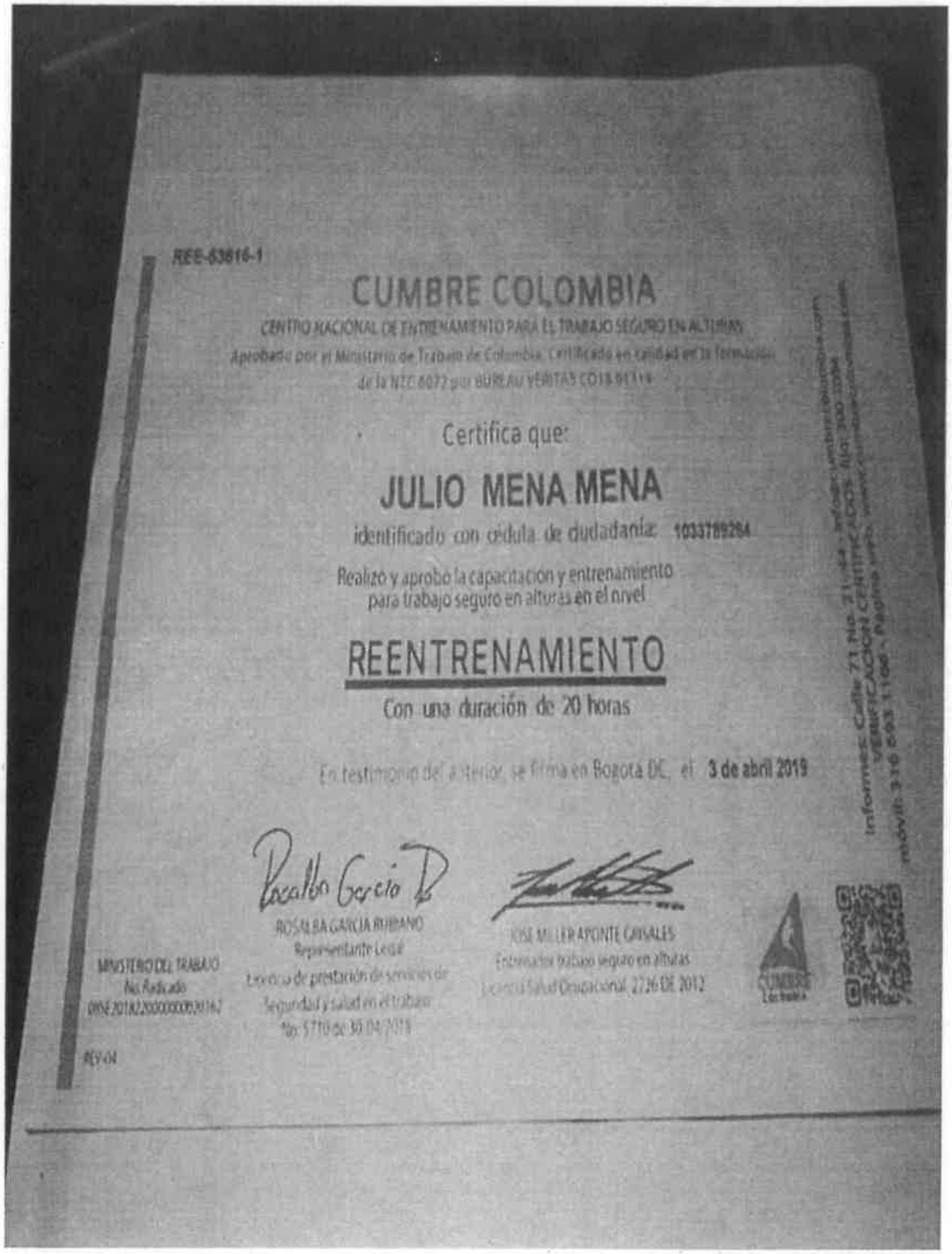
SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes examenes

Firma y huella del Trabajador
C.C:



REE-63616-1

CUMBRE COLOMBIA

CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Aprobado por el Ministerio de Trabajo de Colombia. Certificado en calidad en la formación de la NTC 6072 por BUREAU VERITAS CO18.9613.4

Certifica que:

JULIO MENA MENA

identificado con cédula de ciudadanía: 1033789284

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento para trabajo seguro en alturas en el nivel

REENTRENAMIENTO

Con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se Firma en Bogotá DC, el 3 de abril 2019

ROSALBA GARCIA RUBIANO
Representante Legal
Licencia de prestación de servicios de Seguridad y salud en el trabajo
No. 5710 de 30/04/2018

JOSE MILLER APONTE CARVALES
Entrenador trabajo seguro en alturas
Licencia Salud Ocupacional 2726 DE 2012

MINISTERIO DEL TRABAJO
No. Radicado
ONSE 2018220000000P00167

REV 01

Informes: Calle 71 No. 21-44 - info@cumbrecolombia.com
VERIFICACIÓN CERTIFICADOS 601 300 1234
móvil: 316 693 1196 - Página web: www.cumbrecolombia.com

408

592


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.006.956.291
FAJARDO MACUASE
JUAN CAMILO
Juan Camilo Fajardo


FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-2000
PUERTO GUZMAN
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
A+
G.S RH
M
SEXO
20-FEB-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
0065681017A 1
9909112069

409

593

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1006956291
Nombre:	JUAN CAMILO FAJARDO MACUASE
Fecha Ingreso:	28/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	27/11/2019 08:35:18 p.m.

410

1594

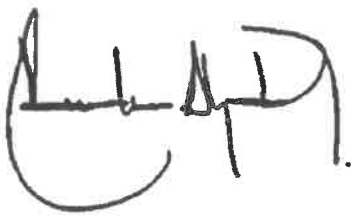
porvenir
solo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FAJARDO MACUASE JUAN CAMILO**, identificado(a) con Cedula de ciudadanía 1.006.956.291 se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Noviembre de 2019.



Gerente de Clientes

411

1395

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

No. DE RADICACIÓN: 5002156626

Fecha de Radicación: 11 10 2013

I. DATOS DEL TRÁMITE

1 Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] 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 [X] 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			
Primer apellido: PATIÑO	Segundo apellido: DUEÑAS	Primer nombre: JESUS	Segundo nombre: ANTONIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1024 568 953	Femenino [ ] Masculino [X]	10 03 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo: I [ ] N [ ] M [ ] Condición: T [ ] P [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
COLPATRIA	PROVENIR	$ 822116

18. Residencia			
Cra 54 94 C 52	2800157	3155300839	
Municipio/Distrito: BOGOTA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: Engativa	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue 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 [ ]	

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo I	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
G		
B		
B		
D		
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 (a registrar por la EPS)
Omni Ingeniería y Cia	NIT	901 300 853-1	

39. Ubicación						
Dirección: Av 100 # 13 A 04	Teléfono: 2069757	Correo electrónico: hamarcolmagmail.com	Municipio/Distrito: BOGOTA	Departamento: C/MARCA

412

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 28-11-2019	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico
Empresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica					
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:				
Tiempo en la empresa:		Cargo.	AYUDANTE DE OBRA		Sección				

1 Apellido: FAJARDO	2 Apellido: MACUASE	Nombre: JUAN CAMILO	CC. 1.006.956.291	FN 17/02/20

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Direccion	Tel / Cel
19	M	CIVIL: SOLTERO	BACHILLER	Calle 58 # 7- 41	3142017142

EPS	SALUD TOTAL	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	

EXAMEN MEDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTUR			
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	X	PSICOMETRICO	
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA						OTROS: PSICOMETRICOS			

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

SIN RESTRICCIÓN PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA

CONTROLES MEDICOS PERIODICOS

SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes

Edwar Cobo

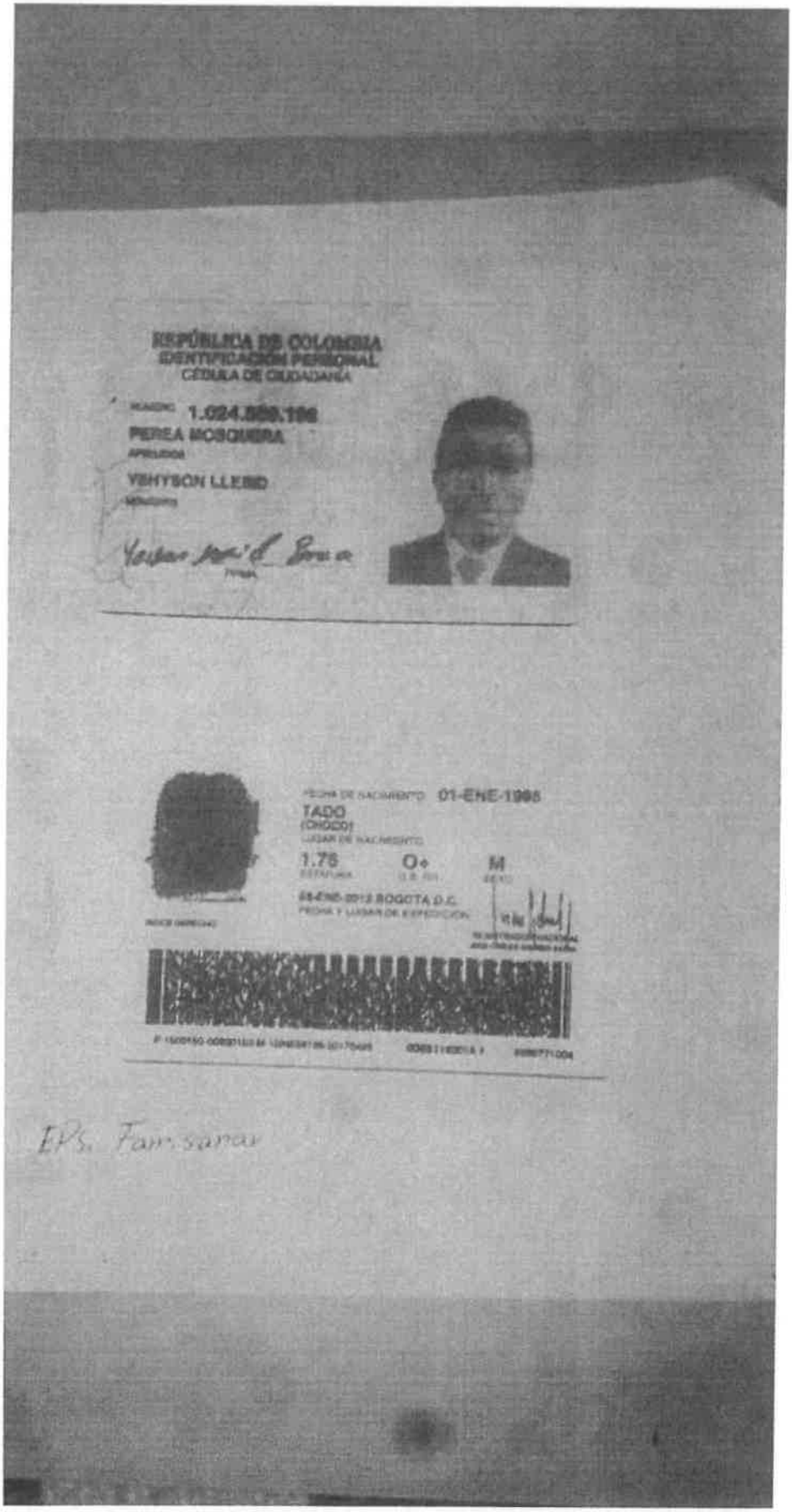
FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

Juan camilo fajardo

Firma y huella del Trabajador
C.C:

413

1597



EPS. Famisanar

A19

1598

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901300853
Número Afiliación:	313400
Razón social:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1024559198
Nombre:	YEHYSON LLESID PEREA MOSQUERA
Fecha Ingreso:	28/11/2019
Salario básico:	828.116
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	27/11/2019 08:43:55 p.m.

415

1599

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREA MOSQUERA YEHYSON LLESID** identificado(a) con **CC** número **1.024.559.198** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de febrero de 2013 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 noviembre de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***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

9007239847

28 11 2019

410

1600

II. AFILIACIÓN III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (para afiliados o cónyuges o padres de hijos)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PEREA	MOSQUERA	YEHYSON	LLESID

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	1024559198	X	01 01 1995

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS (datos personales)

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A

$828.116

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

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

Datos complementarios

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

Razón Social	Tipo de documento de identificación	Número de identificación	Tipo de aportante	Dirección	Municipio	Departamento
OLMO INGENIERIA Y	NT	901300853		CR 100 A N 135 04	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

X

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Fecha de novedad: 28 11 2019

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

OBSERVACIONES

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

Cambio Empleo

A17

1601

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

echa: 27-11-2019	Ciudad: BOGOTA		Tipo de Examen	Ingreso	X	Egreso		Periódico
mpresa:	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S			Actividad Económica				
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:			
Tiempo en la empresa:		Cargo:	AYUDANTE DE OBRA		Sección			

1 Apellido: PEREA	2 Apellido: Mosquera	Nombre: YEHYSON LLESID	CC: 1.024.559.198	TI: 01/01/1999

Edad	Sexo	Estado Civ	Escolaridad	Dirección	Tel / Cel
24	M	SOLTERO	BACHILLER	DIAGONAL 69D SUR 48 12	3213673731

FPS	FAMISANAR	ARL	COLPATRIA	Fondo Pensiones	PROTECCION

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO	X	NO APTO		NORMAL		ANORMAL	

EXAMEN MEDICO PERIODICO						EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTUR		
NORMAL		ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA		PSICOMETRICO

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA

OTROS: PSICOMETRICOS

RECOMENDACIONES ,OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

SIN RESTRICCIÓN PARA LABORAR COMO: AYUDANTE DE OBRA

CONTROLES MEDICOS PERIODICOS

SIN RESTRICCIÓN PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes examenes

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

Firma y huella del Trabajador
C.C:

479
1602

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

PRISMA
GRUPO CONSTRUCTOR

UNIVERSAL SEC S.A.S.

FORMATOS DE INGRESO PERSONAL NUEVO

Calle 98 No. 70-91 Oficina 812
PBX 7441529
BOGOTÁ D.C.

CONSOLIDADO PERSONAL NUEVO EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2019 INDUCCIONES

	EMPRESA	CENTRO DE TRABAJO	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	ARL	FECHA DE AFILIACION ARL	EPS	AFP	EXAMEN MEDICO INGRESO
1	ANCER CONSTRUCCIONES	TRANSVERSAL	SHIRLEIDYS JIMENEZ FAJARDO	1,030,661,986	AUXILIAR DE ASEO	SURA	43782	FAMISANAR	PORVENIR	43781
2	HIDROALFA	LIEVANO	DANIEL FELIPE AYALA TABORDA	1.233.459.866	AYUDANTE	BOLIVAR	18/11/2019	COMPENSAR	COLFONDOS	15-nov-19
3	HIDROALFA	LIEVANO	DAVID SANTIAGO SANCHEZ VAQUERO	1.233.896.231	AYUDANTE	BOLIVAR	18/11/2019	FAMISANAR	PORVENIR	15-nov-19
4	HIDROALFA	LIEVANO	EDGAR YESID HORTUA SANABRIA	1.030.535.493	AYUDANTE	BOLIVAR	20/11/2019	COOMEVA	PROTECCION	16-nov-19
5	HIDROALFA	LIEVANO	LUIS MIGUEL GARZON MALAGON	1.024.549.489	AYUDANTE	BOLIVAR	18/11/2019	SANITAS	PORVENIR	15-nov-19
6	CORTES CAÑON INGENIEROS CIVILES	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	SERGIO DUVAN BELTRAN ARIAS	1.010.181.999	OPERADOR RETROEXCAVADORA	PLANILLA	PLANILLA	PLANILLA	PLANILLA	8-feb-19
7	CASTERRA INGENIEROS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	CARLOS ALFREDO RUIZ TORDECILLA	1.003.066.311	AYUDANTE	SURA	16/11/2019	FAMISANAR	PORVENIR	16-nov-19
8	CASTERRA INGENIEROS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	KEINNER MANUEL MURILLO SANCHEZ	1.003.066.621	AYUDANTE	SURA	16/11/2019	MUTUAL SER	PROTECCION	16-nov-19
9	CASTERRA INGENIEROS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	KEBIN CASTELLANOS RAMOS	1.032.458.504	RESIDENTE	SURA	16/11/2019	FAMISANAR	PROTECCION	16-nov-19
10	CASTERRA INGENIEROS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	JORGE ELIECER CASTELLANOS MORENO	79.492.402	RESIDENTE	SURA	16/11/2019	FAMISANAR	PROTECCION	16-nov-19
12	INGENIERIA Y PROTECCION	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	CARLOS OMAR CUBIDES GIRALDO	1.023.869.869	TECNICO	POSITIVA	30/10/2019	FAMISANAR	PROTECCION	30-oct-19
13	SERVI GYG	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	OMAR NARANJO PICO	1.098.406.778	TECNICO	PLANILLA	PLANILLA	PLANILLA	PLANILLA	10-abr-19
14	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	CAMILO ANDRES PALACIO AVILA	1.023.933.472	AYUDANTE	COLPATRIA	24/11/2019	FAMISANAR	PORVENIR	20-ago-19
16	CASTERRA INGENIEROS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	MIGUEL ALBERTO LOPEZ MORA	1.012.370.852	OFICIAL	SURA	27/11/2019	CAPITAL SALUD	PORVENIR	28-nov-19
17	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	CENTRO MEMORIA PAZ Y RECONCILIACION	EDGAR SAMIR BENITEZ SIERRA	7.308.836	OFICIAL	PLANILLA	PLANILLA	PLANILLA	PLANILLA	23/04/2019
20	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	RAFAEL ANTONIO RODELO MENDEZ	1.193.457.105	AYUDANTE	COLPATRIA	24/11/2019	NUEVA EPS	PORVENIR	27/11/2019
21	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	LIBARDO VALOYES VALENCIA	79.722.611	OFICIAL	COLPATRIA	24/11/2019	MEDIMAS	PROTECCION	27/11/2019
23	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON	1.049.930.112	OFICIAL	COLPATRIA	27/11/2019	SANITAS	PORVENIR	27/11/2019
24	OLMO INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS	IMPRENTA DISTRITAL	JUAN DAVID DAZA VERGARA	1.032.445.203	AYUDANTE	COLPATRIA	27/11/2019	NUEVA EPS	PORVENIR	27/11/2019

	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN

481
1604

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficàcia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos.

FECHA: 18 - 11 - 19

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Shirleypis Jimenez	1030661984	Shirleypis Jimenez

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL ☐ B. EPS ☐ C. AFP ☐ ANTERIORES ☑

2. Escriba en sus palabras la Política SST de BPS

Seguridad y salud en el trabajo

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? V

B. La inspecciòn del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? F

C. En BPS está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? F

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. utilizar los implementos de Seguridad
2. que esten en buen estado al momento de utilizarlo
3. avisar cualquier inconveniente laboral

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

Casco, botas, guantes, uniforme

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

avisar inmediatamente A mi jefe inmediato

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

Caidas, resbalones. Caida de objetos golpes.

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

Es el Espacio donde Trabajamos y la seguridad y limpieza que debemos Tener en ellos

9. Que es el COPASST?

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

Es en el momento que hay un temblor o sismo y salimos a un punto de encuentro especificado

CALIFICACIÓN: 10

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	**REGISTRO DE INDUCCION**	Código:
		Versión:
		Fecha:
		Página 1 de 1

482

1605

FECHA	18-11-19	**TIPO DE CAPACITACION**			
		INTERNA	X	**EXTERNA**	
INTENSIDAD HORARIA		2 h.	**HORARIO**	Mañana	

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, POLITICAS SST, EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PLAN DE EMERGENCIA

EVALUAR EFICACIA: Si X N.A____

MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (Marque con una X)

1. Evaluación del desempeño _____ 2. Indicadores X 3. Test de conocimiento _____

Otro:

CERTIFICADO _____ ACTUALIZACIÓN HOJA DE VIDA _____

No	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	CARGO	FIRMA
	Shirleyuri Jimenez	1.030.661.906	Aseo	Shirleyuri Jimenez

	NOMBRE, FIRMA, CARGO
AREA HSEQ	Wilma Fonseca / Recreadora SST
INSTRUCTOR (Anexar CV para externos o ARL)	

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04

PRISMA

UNIVERSAL SEC S.A.S.

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Fecha de inducción: 18-11-19

Obra: Manera Hecho

CONSTANCIA DE INDUCCIÓN Y COMPROMISO EN SALUD OCUPACIONAL

Yo Shirleggis Jimenez Fajardo identificado(a) con cedula de ciudadanía 1.030.661.986 de Bogota

Doy constancia que he recibido y comprendido la **Inducción en seguridad y salud en el trabajo**. Me Considero que estoy capacitado (a), para cumplir mi labor como me fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados, informarles a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Procurar el cuidado integral de su salud. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la empresa. Participar en la prevención de los riesgos profesionales a través de los comités paritarios de salud ocupacional, o como vigías ocupacionales. Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales, deberán mantener actualizada la información sobre su domicilio, teléfono

Nombre del Trabajador: Shirleggis Jimenez

Cargo: Aseadora.

Shirleggis	1.030.661.986	Shirleggis
NOMBRE DEL TRABAJADOR	**CÉDULA**	**FIRMA**

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo Shirleydis Jimenez identificado con c.c. 1.030.661.986 expedida en Bogotá

CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 18 días del mes de Noviembre del año 2019

Saludos Cordiales,

Shirleydis Jimenez

Nombre:

C.C. 1.030.661.986

Ciudad: Bogotá.

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	Shirleydis Jimenez
CARGO	Asecadora
CEDULA No.	1.030660.986
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	18-11-19

Por medio de la presente certifico que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa Consorcio pruni

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CARETA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1° Vez	X	X	X		X	X				X		X		18-11-19				Shirleydis	
2° Vez																			
3° Vez																			
4° Vez																			
5° Vez																			
6° Vez																			
7° Vez																			
8° Vez							1												
9° Vez																			
10° Vez																			
11° Vez																			
12° Vez																			
13° Vez																			
14° Vez																			
15° Vez																			
16° Vez																			
17° Vez																			
18° Vez																			
19° Vez																			
20° Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EPI - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo; Art. 56 a Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979; Art. 85; Decreto 1295 de 1994; Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección individual (EPI) que solicite como reposición por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

1698

485

PRISMA UNIVERSALES S.A.S.	**EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN**	480 1609

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficacia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos.

FECHA: 27 - NOV / 2019

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Daniel Felipe Ayala Taborda	1233495866	Daniel Ayala

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL [ ] B. EPS [ ] C. AFP [ ] ANTERIORES [X]

2. Escriba en sus palabras la Política SST de BPS

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? [V]

B. La inspecciòn del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? [F]

C. En BPS está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? [F]

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. Portar los EPP y usarlos adecuadamente.
2. Cumplir horarios de trabajo.
3. No llegar bajo efectos alcohol o sustancia alucinogenas

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

Casco, Gafas, Tapaoidos, Tapabocas, botas, overol o traje de trabajo.

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

informar inmediatamente a jefe o personal de seguridad.

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

caida de objetos - Resbalones (caidas)
Cortes de piel - Golpes

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

9. Que es el COPASST?

Comite encargado de evaluar posibles accidentes laborales.

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

Plaza Bolivar.

CALIFICACIÓN: [ ]

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	**REGISTRO DE INDUCCION**	Código:
		Versión:
		Fecha:
		Página 1 de 1

FECHA	27-Nov/2019	**TIPO DE CAPACITACION**			
		INTERNA	X	**EXTERNA**	
INTENSIDAD HORARIA	1 hora	**HORARIO**	AM		

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, POLITICAS SST, EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PLAN DE EMERGENCIA

EVALUAR EFICACIA: Si X N.A ____

METODO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (Marque con una X)

1. Evaluación del desempeño _____ 2. Indicadores X 3. Test de conocimiento _____

Otro:

CERTIFICADO _____ ACTUALIZACIÓN HOJA DE VIDA _____

No	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Daniel Felipe Ayala T.	1233495866	Ayudante	Daniel Ayala

	NOMBRE, FIRMA, CARGO
AREA HSEQ	William Fonseca / Resident SST
INSTRUCTOR (Anexar CV para externos o ARL)	

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

(611)

Fecha: 27 - Nov 12019	CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.
Hora de inicio: 7:42 AM	
Nombre: Daniel Felipe Ayala Taborda	
Cédula: 1233495866 Bta	
Cargo: Ayudante	

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales Vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

- [p] **Decreto 614/1984** (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social - SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015** – Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019** – Estándares mínimos del SG-SST.

- [X] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
- [X] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
- [X] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
- [X] Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Plan de Manejo Ambiental
- [X] Reglamento Interno de Trabajo
- [X] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
- [X] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
- [X] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral; Diligenciamiento FURAT (Interno)
- [X] Comité Convivencia Laboral
- [X] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- [X] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
- [X] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
- [X] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
- [X] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
- [X] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audífonos, otros)
- [X] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)
- [X] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Coordinador HSEQ instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	Daniel Ayala Taborda	1233495866	Auxiliar	Daniel Ayala

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04

PRISMA

UNIVERSAL SEC S.A.S.

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Fecha de inducción: 27 - NOV 12019

Obra: Manzana Libano (Alcaldia Bogotá)

CONSTANCIA DE INDUCCIÓN Y COMPROMISO EN SALUD OCUPACIONAL

Yo Daniel Felipe Ayala Taborda identificado(a) con cedula de ciudadanía 1233495866 de Bogotá

Doy constancia que he recibido y comprendido la **Inducción en seguridad y salud en el trabajo**. Me Considero que estoy capacitado (a), para cumplir mi labor como me fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados, informarles a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Procurar el cuidado integral de su salud. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la empresa. Participar en la prevención de los riesgos profesionales a través de los comités paritarios de salud ocupacional, o como vigías ocupacionales. Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales, deberán mantener actualizada la información sobre su domicilio, teléfono

Nombre del Trabajador: Daniel Felipe Ayala Taborda

Cargo: Ayudante

Daniel Felipe Ayala T.	1233495866	Daniel Ayala
NOMBRE DEL TRABAJADOR	**CÉDULA**	**FIRMA**

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA GRUPO CONSTRUCTOR UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo Daniel Felipe Ayala Tabordaidentificado con c.c. 1233 495 866 expedida en Bogotá D.C.
CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 27 días del mes de Noviembre del año 2019

Saludos Cordiales,

Nombre: Daniel Felipe Ayala Tabordá
C.C. 1233495866 Bogotá
Ciudad: Bogota D.C.

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	Daniel Felipe Ayala Taborda
CARGO	Ayudante
CEDULA No.	1233475866
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	26-Nov 12019

Por medio de la presente certifico que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa CONSORCIO PRUNI

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CARETA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1° Vez	X	X	X			X					X		X	27-11-2019				Daniel Ayala	
2° Vez																			
3° Vez																			
4° Vez																			
5° Vez																			
6° Vez																			
7° Vez																			
8° Vez							1												
9° Vez																			
10° Vez																			
11° Vez																			
12° Vez																			
13° Vez																			
14° Vez																			
15° Vez																			
16° Vez																			
17° Vez																			
18° Vez																			
19° Vez																			
20° Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EPI - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo; Art. 56 a Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979; Art. 85; Decreto 1295 de 1994; Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección individual (EPI) que solicite como reposición por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: 27-01-2019	CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.
Hora de inicio: 1:42 Am	
Nombre: David Santiago Sánchez Vaquero	
Cédula: 1233896321	
Cargo: Ayudante	

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales Vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

☐ **Decreto 614/1984** (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social - SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015** – Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019** – Estándares mínimos del SG-SST.

- [x] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
- [x] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
- [x] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
- [x] Higiene y Seguridad Industrial
- [x] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
- [x] Plan de Manejo Ambientai
- [x] Reglamento Interno de Trabajo
- [x] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
- [x] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
- [x] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral; Diligenciamiento FURAT (Interno)
- [x] Comité Convivencia Laboral
- [x] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- [x] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
- [x] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
- [x] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
- [x] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
- [x] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audífonos, otros)
- [x] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)
- [x] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Coordinador HSEQ instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	David Sánchez	1233896321	Ayudante	

493
16/16

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficacia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos.

FECHA: 27-11-2019

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
David Santiago Sánchez Vaquero	1233896321	

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL [ ] B. EPS [ ] C. AFP [ ] ANTERIORES [X]

2. Escriba en sus palabras la Política SST de BPS

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? [V]

B. La inspecciòn del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? [F]

C. En BPS está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? [F]

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. Portar los elementos de protección
2. hacer buen uso de los elementos de trabajo
3. Cumplir con los horarios estipulados

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

Casco, botas punta de acero, guantes, Overol, Gafas, tapabocas.

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

informar al jefe inmediato.

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

Caida de objetos, Cortes, Caidas.

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

9. Que es el COPASST?

el Copasst es el comite encargado de la Salud en el trabajo

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

la Plaza de Bolivar.

CALIFICACIÓN: 10

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSAL SEC S.A.S.

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Fecha de inducción: 27-11-2019

Obra: manzana libano

CONSTANCIA DE INDUCCIÓN Y COMPROMISO EN SALUD OCUPACIONAL

Yo David Santiago Sánchez Vaquero identificado(a) con cedula de ciudadanía 1233996321 de Bogotá D.C.

Doy constancia que he recibido y comprendido la **Inducción en seguridad y salud en el trabajo**. Me Considero que estoy capacitado (a), para cumplir mi labor como me fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados, informarles a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Procurar el cuidado integral de su salud. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la empresa. Participar en la prevención de los riesgos profesionales a través de los comités paritarios de salud ocupacional, o como vigías ocupacionales. Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales, deberán mantener actualizada la información sobre su domicilio, teléfono

Nombre del Trabajador: David Santiago Sánchez Vaquero

Cargo: Ayudante.

David Santiago Sánchez Vaquero	1233996321	
NOMBRE DEL TRABAJADOR	**CÉDULA**	**FIRMA**

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 UNIVERSAL SEC S.A.S.	REGISTRO DE INDUCCION	Código: 1618 Versión: Fecha: Página 1 de 1

FECHA	27-11-2019	TIPO DE CAPACITACION			
		INTERNA	X	EXTERNA	
INTENSIDAD HORARIA		1 hda.	HORARIO	mañana	

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, POLITICAS SST, EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PLAN DE EMERGENCIA

EVALUAR EFICACIA: Si X N.A____

MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (Marque con una X)

1. Evaluación del desempeño _____ 2. Indicadores X 3. Test de conocimiento _____
Otro:

CERTIFICADO _____ ACTUALIZACIÓN HOJA DE VIDA _____

No	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	CARGO	FIRMA
	David Santiago Sánchez V.	CC: 1233896321	ayudante	

	NOMBRE, FIRMA, CARGO
AREA HSEQ	William Fonseca \ Residente SST
INSTRUCTOR (Anexar CV para externos o ARL)	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo David Santiago Sánchez Vaquero identificado con c.c. 1233896327 expedida en Bogota D.C

CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 27 días del mes de Noviembre del año 2019

Saludos Cordiales,

David Santiago Sánchez Vaquero

Nombre: David Santiago Sánchez Vaquero

C.C. 1233896327

Ciudad: Bogotá D.C

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	David Santiago Sanchez Vaquero
CARGO	ayudante
CEDULA No.	1233846321
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	26/09/2019

Por medio de la presente certifico que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa CONSORCIO PRUNI

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CARETA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1° Vez	X	X	X			X					X		X	27/11/2019				[signature]	[signature]
2° Vez																			
3° Vez																			
4° Vez																			
5° Vez																			
6° Vez																			
7° Vez																			
8° Vez							1												
9° Vez																			
10° Vez																			
11° Vez																			
12° Vez																			
13° Vez																			
14° Vez																			
15° Vez																			
16° Vez																			
17° Vez																			
18° Vez																			
19° Vez																			
20° Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EPI - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo; Art. 56 a Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979; Art. 85; Decreto 1295 de 1994; Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección individual (EPI) que solicite como reposición por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

62

Fecha:	27 noviembre 2019
Hora de inicio:	7:42 am
Nombre:	Edgar Yesid Hurtado Zanabria
Cédula:	1.030.535.493
Cargo:	Ayudante

CONSORCIO PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSAL SEC S.A.S.

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales Vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

[V] **Decreto 614/1984** (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social - SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015 –** Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019** – Estándares mínimos del SG-SST.

- [X] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
- [X] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
- [X] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
- [X] Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Plan de Manejo Ambiental
- [X] Reglamento Interno de Trabajo
- [X] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
- [X] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
- [X] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral; Diligenciamiento FURAT (Interno)
- [X] Comité Convivencia Laboral
- [X] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- [X] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
- [X] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
- [X] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
- [X] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
- [X] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audífonos, otros)
- [X] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)
- [X] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Coordinador HSEQ instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	Edgar Yesid Hurtado	1.030.535.493	Ayudante	Yesid H.

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficacia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos.

FECHA: 27/11/2019

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Edgar Yesid Hortua S.	1.030.585.493	Yesid H.

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL [ ] B. EPS [ ] C. AFP [ ] ANTERIORES [X]

2. Escriba en sus palabras la Política SST de BPS

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? V

B. La inspecciòn del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? F

C. En BPS está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? F

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. Portar todos los implementos de seguridad
2. cumplir puntualmente el horario
3. hacer buen uso de los intrumentos de trabajo

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

casco. Botas, guantes, gafas. Overal, tapa oidos tapabocas

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

reportar inmediato ala persona laboral.

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

machucones, golpes, cortadas, caidas y respirar micropartículas

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

9. Que es el COPASST?

el comite encargado de la salud laboral

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

el lugar seguro donde nos reunimos en caso de algún tipo Hacer una evacuación en el puesto de trabajo? Plaza Bolivar

CALIFICACIÓN: 10

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

500

1623

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04

PRISMA

UNIVERSAL SEC S.A.S.

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Fecha de inducción: 27 noviembre 2019

Obra: Manzana 1 Bario

CONSTANCIA DE INDUCCIÓN Y COMPROMISO EN SALUD OCUPACIONAL

Yo Edgar Yesid Hortua S. identificado(a) con cedula de ciudadanía 1.030.535.493 de Bogotá

Doy constancia que he recibido y comprendido la **Inducción en seguridad y salud en el trabajo**. Me Considero que estoy capacitado (a), para cumplir mi labor como me fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados, informarles a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Procurar el cuidado integral de su salud. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la empresa. Participar en la prevención de los riesgos profesionales a través de los comités paritarios de salud ocupacional, o como vigías ocupacionales. Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales, deberán mantener actualizada la información sobre su domicilio, teléfono

Nombre del Trabajador: Edgar Yesid Hortua S.

Cargo: Ayudante

Edgar Yesid Hortua S.	1.030.535.493	
NOMBRE DEL TRABAJADOR	**CÉDULA**	**FIRMA**

SAS – F 041

501

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	**REGISTRO DE INDUCCION**	Código: Versión: Fecha: Página 1 de 1

FECHA	27/11/2019	**TIPO DE CAPACITACION**			
		INTERNA	X	**EXTERNA**	
INTENSIDAD HORARIA	1 Hora	**HORARIO**	Mañana		

TEMA DE LA CAPACITACIÓN: INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, AMBIENTAL, SOCIAL, Y ADMINISTRATIVO, POLITICAS SST, EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL, PLAN DE EMERGENCIA

EVALUAR EFICACIA: Si X N.A ____

METODO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA (Marque con una X)

1. Evaluación del desempeño ____ 2. Indicadores X 3. Test de conocimiento ____

Otro:

CERTIFICADO ____ ACTUALIZACIÓN HOJA DE VIDA ____

No	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	CARGO	FIRMA
	Edgar Yeid Nortia	1.030535.493	Ayudante	Yeidth.

	NOMBRE, FIRMA, CARGO
AREA HSEQ	William Fonseca / Residente SST
INSTRUCTOR (Anexar CV para externos o ARL)	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA GRUPO CONSTRUCTOR UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo Edgar Ubaid Montes S identificado con c.c. 1.030.535.493 expedida en Bogotá

CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 27 días del mes de noviembre del año 2019

Saludos Cordiales,

Edgar Ubaid Montes S

Nombre: Edgar Ubaid Montes S.
C.C. 1.030.535.493
Ciudad: Bogotá

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	Edgar Yesid Hoyos S.
CARGO	Ayudante.
CEDULA No.	1.030.535.493
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	26/11/2019

Por medio de la presente certifico que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa CONSORCIO PRUNI

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CARETA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1° Vez	X	X	X			X					X		X	27/11/2019				Yesid H.	Yesid
2° Vez																			
3° Vez																			
4° Vez																			
5° Vez																			
6° Vez																			
7° Vez																			
8° Vez							1												
9° Vez																			
10° Vez																			
11° Vez																			
12° Vez																			
13° Vez																			
14° Vez																			
15° Vez																			
16° Vez																			
17° Vez																			
18° Vez																			
19° Vez																			
20° Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EPI - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo; Art. 56 a Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979; Art. 85; Decreto 1295 de 1994; Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección individual (EPI) que solicite como reposición por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

1626

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1627

Fecha: 28-11-19.	CONSORCIO PRUNI SEDES 04
Hora de inicio:	PRISMA
Nombre: luis miguel Garzon mondragon	UNIVERSAL SEC S.A.S.
Cédula: 1024549499.	
Cargo: ayudante plomeria.	

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales Vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

[X] **Decreto 614/1984** (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social - SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015** – Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019** – Estándares mínimos del SG-SST.

[X] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
[X] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
[X] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
[X] Higiene y Seguridad Industrial
[X] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
[X] Plan de Manejo Ambiental
[X] Reglamento Interno de Trabajo
[X] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
[X] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
[X] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral; Diligenciamiento FURAT (Interno) .
[X] Comité Convivencia Laboral
[X] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
[X] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
[X] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
[X] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
[X] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
[X] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audífonos, otros)
[X] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)

[X] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Responsable SST instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	luis miguel Garzon m.	1024549499.	ayudante plomeria.	

505

1678

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	

OBJETIVO: Notificar los riesgos a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la ejecución de sus actividades en el contrato: "SECRETARIA GENERAL 731 DE 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." Notificar derecho a examen de retiro que el firmante tiene derecho en caso de ser empleado, se los puede practicar 5 días hábiles después de finalizado su contrato laboral.

Factores de Riesgo Existentes (Tachar a los que se encuentra expuesto)

SI X	**Físicos:** Ruido, radiaciones no ionizantes, iluminación por exceso o deficiencia.	SI X	**Mecánico:** elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, materiales proyectados solidos o fluidos, (Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto).
SI X	**Químicos:** humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI X	**Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control, contacto indirecto con partes energizadas
SI X	**Biológicos:** animales (mordedura de perros), insectos (picaduras de abejas), bacterias, intoxicación alimentaria (ingesta de agua no potable y alimentos en mal estado) enfermedades endémicas	SI X	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, resbalosas, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI X	**Psicolaboral:** contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, jornada de trabajo, características del grupo social de trabajo o la organización.	SI X	**Públicos:** robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos (vandalismo en la zona del proyecto), atentados, orden público.
SI X	**Fenómenos Naturales:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos), precipitaciones (lluvias, granizadas)	SI X	**Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción, (desplazamiento en vehículos y/o desplazamiento a pie sobre la vía).
SI X	**Biomecánico:** carga estática (postura de pie o sentado); Higiene Postural, levantamientos de cargas (levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro).		**Otros:**

ACCIONES PREVENTIVAS :

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis específicos al cargo
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje.
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de las áreas de trabajo y/o zonas del proyecto.
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra y la vía
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. Uso de los EPP acorde a la actividad que se va a ejecutar.
15. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
16. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas.

Nombre: luis miguel bonzon mondragon		**Cedula:** 1024549489	**Fecha:** 28-11-19
Cargo: ayudante plomeria.	**Firma:**		**Sede:**
Responsable de la Notificación: Willa Vargas		**Cargo:** Especialista SST	
Cedula: 74'361366	**Lic. SO:** Res 1390 del 2014		**Firma:**

ORIBANA UNIVERSAL S.A.S.

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN

500
1679

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficacia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos.

FECHA: 28-11-19.

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
luismiguel Garzón mondragón	1024549489.	

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL [ ] B. EPS [ ] C. AFP [ ] ANTERIORES [X]

2. Escriba en sus palabras la Política de Consorcio PRUNI Sedes 04

politica de col y sustancias alucinogenas.

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? [V]

B. La inspección del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? [F]

C. En Consorcio PRUNI Sedes 04 está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? [F]

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. Organizacion en el punto de trabajo.
2. implementacion de los ipp.
3. no manipular maquinaria ni equipos sin el conocimiento adecuado.

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

Guantes, tapabocas, monogafas, casco, y dotacion de obrol

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

Reportar de inmediato al supervisor de Seguridad y Salud en el trabajo.

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

ruido intermitente, cortes con pulidora, caidas en el mismo punto.
Temco por quimicos, y psicosocial estres laboral.

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

9. Que es el COPASST?

Son los encargados de investigacion ante alguna eventualidad o accidente.

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

es un punto especifico. en donde en caso de una emergencia nos podemos reontiar siguiendo los pasos.

CALIFICACIÓN: 10

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

507
1630

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA.

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo luis miguel Garzon identificado con c.c. 1024549489. expedida en Bogota CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explicita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 dias hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 28 dias del mes de noviembre del año 2019.

Saludos Cordiales,

Nombre: luis miguel Garzon
C.C. 1024549489.
Ciudad: Bogota

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	luis miguel Garzón
CARGO	ayudante plomeria.
CEDULA No.	1024549489.
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	28-11-19.

Por medio de la presente certifico que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa Consorcio PRUNI Sedes 04

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CARETA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1° Vez	X	X	X			X					X			28-11-19.				luis miguel Garzón	
2° Vez																			
3° Vez																			
4° Vez																			
5° Vez																			
6° Vez																			
7° Vez																			
8° Vez							1												
9° Vez																			
10° Vez																			
11° Vez																			
12° Vez																			
13° Vez																			
14° Vez																			
15° Vez																			
16° Vez																			
17° Vez																			
18° Vez																			
19° Vez																			
20° Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EPI - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo; Art. 56 a Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979; Art. 85; Decreto 1295 de 1994: Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección individual (EPI) que solicite como reposición por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: 18 Noviembre 2019	CONSORCIO PRUNI SEDES 04
Hora de inicio: 7:00 am	PRISMA
Nombre: Sergio Ovidio Beltrán Arias	UNIVERSAL SEC S.A.S.
Cédula: 1018181999	
Cargo: Operador Retroexcavadora	

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales Vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

[X] **Decreto 614/1984** (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social - SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015** – Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019** – Estándares mínimos del SG-SST.

- [X] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
- [X] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
- [X] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
- [X] Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Plan de Manejo Ambiental
- [X] Reglamento Interno de Trabajo
- [X] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
- [X] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
- [X] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral; Diligenciamiento FURAT (Interno)
- [X] Comité Convivencia Laboral
- [X] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- [X] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
- [X] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
- [X] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
- [X] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
- [X] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audífonos, otros)
- [X] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)

[X] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Responsable SST instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	Sergio Ovidio Beltrán Arias	1010181999	Operador Retro	

CONSORCIO PRUNI S.A.S.

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN

510

1637

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficacia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos.

FECHA: 18/11/19

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Sergio David Beltran Arias	1010181999	

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL [ ] B. EPS [ ] C. AFP [ ] ANTERIORES [X]

2. Escriba en sus palabras la Política de Consorcio PRUNI Sedes 04

me comprometo a minimizar accidentes de trabajo o enfermedades y que el empleador se compromete a dar los recursos para que esto no pase

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? V

B. La inspección del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? F

C. En Consorcio PRUNI Sedes 04 está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? F

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. asistir a las capacitaciones de SST
2. Usar los elementos de protección
3. Cumplir normas de SST

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

casco, dotación tapabidos guantes gafas

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

Reportar el accidente de forma inmediata

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

una caida, a inhalar humo un golpe, posturas inadecuadas, psicosocial a un machucon

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

es el documento donde se definen los riesgos en los que estoy expuesto en mi sitio de trabajo

9. Que es el COPASST?

Comite paritario de seguridad y salud en el trabajo

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

donde todos tenemos que llegar con calma frente a la entrada principal

CALIFICACIÓN: 10

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

511
1634

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	

OBJETIVO: **Notificar los riesgos** a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la ejecución de sus actividades en el contrato: "SECRETARIA GENERAL 731 DE 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." **Notificar derecho a examen de retiro** que el firmante tiene derecho en caso de ser empleado, se los puede practicar 5 días hábiles después de finalizado su contrato laboral.

Factores de Riesgo Existentes (Tachar a los que se encuentra expuesto)

	Físicos: Ruido, radiaciones no ionizantes, iluminación por exceso o deficiencia.	SI	**Mecánico:** elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, materiales proyectados solidos o fluidos. (Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto).
	Químicos: humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control, contacto indirecto con partes energizadas
	Biológicos: animales (mordedura de perros), insectos (picaduras de abejas), bacterias, intoxicación alimentaria (ingesta de agua no potable y alimentos en mal estado) enfermedades endémicas	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, resbalosas, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
	Psicolaboral: contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, jornada de trabajo, características del grupo social de trabajo o la organización.	SI	**Públicos:** robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos (vandalismo en la zona del proyecto), atentados, orden público.
	Fenómenos Naturales: inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos), precipitaciones (lluvias, granizadas)	SI	**Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción, (desplazamiento en vehículos y/o desplazamiento a pie sobre la vía).
SI	**Biomecánico:** carga estática (postura de pie o sentado); Higiene Postural, levantamientos de cargas (levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro).		**Otros:**

ACCIONES PREVENTIVAS :

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis específicos al cargo
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje.
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de las áreas de trabajo y/o zonas del proyecto.
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra y la vía
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. Uso de los EPP acorde a la actividad que se va a ejecutar.
15. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
16. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas.

Nombre: Sergio Duvan Beltrán Arias		**Cedula:** 1010181999	**Fecha:** 18/11/19
Cargo: Operador Retro	**Firma:**		**Sede:** Centro Memorial
Responsable de la Notificación: Tania Correa		**Cargo:** Especialista SST	
Cedula: 37850531	**Lic. SO:** 10477231	**Firma:**	

512
1635

ROLES Y RESPONSABILIDADES

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST está bajo la responsabilidad de la Gerencia con el apoyo de:

- Residente SST
- Jefes de áreas o procesos (Director de obra, Residente de obra)
- COPASST

Rol	Responsabilidad
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 consulta y participación de los trabajadores en la identificación de los peligros y control de los riesgos, así como la participación a través del comité o vigía de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Garantizar la supervisión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Evaluar por lo menos una vez al año la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Implementar los correctivos necesarios para el cumplimiento de metas y objetivos.
	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.
	Garantizar información oportuna sobre la gestión de la seguridad y salud en el trabajo y canales de comunicación que permitan recolectar información manifestada por los trabajadores.
Jefes de área (Director de obra, Residente de obra).	Participar en la actualización de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.
	Participar en la construcción y ejecución de planes de acción.
	Promover la comprensión de la política en los trabajadores.
	Informar sobre las necesidades de capacitación y entrenamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Rol	Responsabilidad
	Participar en la investigación de los incidentes y accidentes de trabajo.
	Participar en las inspecciones de seguridad.
Residente SST	Planificar, organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el SG-SST y como mínimo una vez al año realizar su evaluación.
	Informar a la alta dirección 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.
	Coordinar con los jefes de las áreas, la elaboración y actualización de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y hacer la priorización para focalizar la intervención.
	Validar o construir con los jefes de las áreas los planes de acción y hacer seguimiento a su cumplimiento.
	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.
	Coordinar las necesidades de capacitación en materia de prevención según los riesgos prioritarios y los niveles de la organización.
	Apoyar la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo.
	Participar de las reuniones del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Implementación y seguimiento del SG-SST.
Trabajadores	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.
COPASST	Proponer a las directivas las actividades relacionadas con la salud y la seguridad de los trabajadores.
	Analizar las causas de accidentes y enfermedades.
	Visitar periódicamente las instalaciones.

JH

1637

Rol	Responsabilidad
	Acoger las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de seguridad.
	Servir de punto de coordinación entre las directivas y los trabajadores para las situaciones relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo.
Comité de convivencia laboral	Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
	Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la entidad pública o empresa privada.
	Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.
	Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
	Formular planes de mejora y hacer seguimiento a los compromisos,
	Presentar a la alta dirección de la entidad pública o la empresa privada las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral.
	Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones.
Coordinador de alturas	Identificar peligros en el sitio en donde se realizan trabajos en alturas y adoptar las medidas correctivas y preventivas necesarias.
	Apoyar la elaboración de procedimientos para el trabajo seguro en alturas
	Inspeccionar anualmente el sistema de acceso para trabajo en alturas y sus componentes,
	Avalar la selección y uso específicos de cada sistema de acceso para trabajo en alturas, y de los sistemas de prevención y protección contra caídas aplicables.
	Verificar la instalación de los sistemas de protección contra caídas.

NOMBRE: Sergio Beltran Arias **CÉDULA:** 1091999999
CARGO: Operador Retro **FIRMA:**

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	Sergio Beltrán Arias
CARGO	Operador Retro
CEDULA No.	1010181999
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	18/11/19

Por medio de la presente certifico que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa Consorcio PRUNI Sedes 04

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CARETA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1ª Vez	X		X							X				18/11/19					
2º Vez																			
3º Vez																			
4ª Vez																			
5ª Vez																			
6º Vez																			
7ª Vez																			
8º Vez							1												
9º Vez																			
10º Vez																			
11º Vez																			
12º Vez																			
13º Vez																			
14ª Vez																			
15º Vez																			
16ª Vez																			
17º Vez																			
18ª Vez																			
19º Vez																			
20º Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EPI - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo; Art. 56 a Art. 58 numeral 7: Ley 9 de 1979; Art. 85; Decreto 1295 de 1994; Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección individual (EPI) que solicite como reposición por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

8691 GIC

516

1639

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo Sergio Beltrán Arias identificado con c.c. 1010181999 expedida en Bogota CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 18 días del mes de Noviembre del año 2019

Saludos Cordiales,

Nombre: Sergio Duvan Beltrán Arias
C.C. 1010181999
Ciudad: Bogota

51

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: 16/11/2019	CONSORCIO PRUNI SEDES 04
Hora de inicio: 7:00 M	PRISMA
Nombre: Carlos Ruiz Tordecilla	UNIVERSAL SEC S.A.S.
Cédula: 1003.066.311	
Cargo: Auxiliar	

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales Vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

[X] **Decreto 614/1984** (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social - SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015** – Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019** – Estándares mínimos del SG-SST.

- [X] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
- [X] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
- [X] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
- [X] Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Plan de Manejo Ambiental
- [X] Reglamento Interno de Trabajo
- [X] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
- [X] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
- [X] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral; Diligenciamiento FURAT (Interno)
- [X] Comité Convivencia Laboral
- [X] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- [X] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
- [X] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
- [X] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
- [X] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
- [X] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audífonos, otros)
- [X] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)

[X] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Responsable SST instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	Carlos Ruiz	1003.066311	Auxiliar	Carlos Ruiz

510

1641

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — PRISMA — UNIVERSAL SEC S.A.S.	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	

OBJETIVO: **Notificar los riesgos** a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la ejecución de sus actividades en el contrato: "SECRETARIA GENERAL 731 DE 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." **Notificar derecho a examen de retiro** que el firmante tiene derecho en caso de ser empleado, se los puede practicar 5 días hábiles después de finalizado su contrato laboral.

Factores de Riesgo Existentes (Tachar a los que se encuentra expuesto)

SI	**Físicos:** Ruido, radiaciones no ionizantes, iluminación por exceso o deficiencia.	SI	**Mecánico:** elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, materiales proyectados solidos o fluidos. (Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto).
SI	**Químicos:** humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control, contacto indirecto con partes energizadas
SI	**Biológicos:** animales (mordedura de perros), insectos (picaduras de abejas), bacterias, intoxicación alimentaria (ingesta de agua no potable y alimentos en mal estado) enfermedades endémicas	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, resbalosas, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Psicolaboral:** contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, jornada de trabajo, características del grupo social de trabajo o la organización.	SI	**Públicos:** robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos (vandalismo en la zona del proyecto), atentados, orden público.
SI	**Fenómenos Naturales:** inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos), precipitaciones (lluvias, granizadas)	SI	**Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción, (desplazamiento en vehículos y/o desplazamiento a pie sobre la vía).
SI	**Biomecánico:** carga estática (postura de pie o sentado); Higiene Postural, levantamientos de cargas (levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro).	X	Otros:

ACCIONES PREVENTIVAS :

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis específicos al cargo
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje.
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de las áreas de trabajo y/o zonas del proyecto.
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra y la vía
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. Uso de los EPP acorde a la actividad que se va a ejecutar.
15. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
16. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas.

Nombre: Carlos Ruiz Tordecilla	**Cedula:** 4093.063	**Fecha:** 19/11/19	
Cargo: Auxiliar	**Firma:** Carlos Ruiz	**Sede:** Centro Mayor	
Responsable de la Notificación: Tania Ramos	**Cargo:** Especialista SST		
Cedula: 37510531	**Lic. SO:** 10477-28/09/17	**Firma:**	

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSAL SEC S.A.S.

ROLES Y RESPONSABILIDADES

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST está bajo la responsabilidad de la Gerencia con el apoyo de:

- Residente SST
- Jefes de áreas o procesos (Director de obra, Residente de obra)
- COPASST

Rol	Responsabilidad
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 consulta y participación de los trabajadores en la identificación de los peligros y control de los riesgos, así como la participación a través del comité o vigía de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Garantizar la supervisión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Evaluar por lo menos una vez al año la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Implementar los correctivos necesarios para el cumplimiento de metas y objetivos.
	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.
	Garantizar información oportuna sobre la gestión de la seguridad y salud en el trabajo y canales de comunicación que permitan recolectar información manifestada por los trabajadores.
Jefes de área (Director de obra, Residente de obra).	Participar en la actualización de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.
	Participar en la construcción y ejecución de planes de acción.
	Promover la comprensión de la política en los trabajadores.
	Informar sobre las necesidades de capacitación y entrenamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Rol	Responsabilidad
	Participar en la investigación de los incidentes y accidentes de trabajo.
	Participar en las inspecciones de seguridad.
Residente SST	Planificar, organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el SG-SST y como mínimo una vez al año realizar su evaluación.
	Informar a la alta dirección 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.
	Coordinar con los jefes de las áreas, la elaboración y actualización de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y hacer la priorización para focalizar la intervención.
	Validar o construir con los jefes de las áreas los planes de acción y hacer seguimiento a su cumplimiento.
	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.
	Coordinar las necesidades de capacitación en materia de prevención según los riesgos prioritarios y los niveles de la organización.
	Apoyar la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo.
	Participar de las reuniones del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Implementación y seguimiento del SG-SST.
Trabajadores	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.
COPASST	Proponer a las directivas las actividades relacionadas con la salud y la seguridad de los trabajadores.
	Analizar las causas de accidentes y enfermedades.
	Visitar periódicamente las instalaciones.

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04

PRISMA

UNIVERSAL SEC S.A.S.

Rol	Responsabilidad
	Acoger las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de seguridad.
	Servir de punto de coordinación entre las directivas y los trabajadores para las situaciones relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo.
Comité de convivencia laboral	Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
	Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la entidad pública o empresa privada.
	Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.
	Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
	Formular planes de mejora y hacer seguimiento a los compromisos,
	Presentar a la alta dirección de la entidad pública o la empresa privada las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral.
	Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones.
Coordinador de alturas	Identificar peligros en el sitio en donde se realizan trabajos en alturas y adoptar las medidas correctivas y preventivas necesarias.
	Apoyar la elaboración de procedimientos para el trabajo seguro en alturas
	Inspeccionar anualmente el sistema de acceso para trabajo en alturas y sus componentes,
	Avalar la selección y uso específicos de cada sistema de acceso para trabajo en alturas, y de los sistemas de prevención y protección contra caídas aplicables.
	Verificar la instalación de los sistemas de protección contra caídas.

NOMBRE: Carlos Ruiz Tordecilla **CÉDULA:** 1003 066 31
CARGO: Auxiliar **FIRMA:**

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	Carlos Alfredo Ruiz Tordecilla
CARGO	Auxiliar
CEDULA No.	CC 1003 066 311
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	18/11/19

Por medio de la presente certifica que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa Consorcio PRUNI Sedes 04

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CARETA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1° Vez	+		+							X				18/11/19					
2° Vez																			
3° Vez																			
4° Vez																			
5° Vez																			
6° Vez																			
7° Vez																			
8° Vez																			
9° Vez																			
10° Vez																			
11° Vez																			
12° Vez																			
13° Vez																			
14° Vez																			
15° Vez																			
16° Vez																			
17° Vez																			
18° Vez																			
19° Vez																			
20° Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EPI - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo; Art. 56 a Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979; Art. 85; Decreto 1295 de 1994; Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección inaividual (EPI) que solicite como reposicion por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

571

523

1646

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C."
	CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA.

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo Carlos Ruiz Tordecilla identificado con c.c. 1003.066 311 expedida en Lorica Cordoba CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 18 días del mes de 11 del año 19

Saludos Cordiales,

Carlos Ruiz

Nombre: Carlos Ruiz Tordecilla
C.C. 1003.066 311
Ciudad: Bogota

	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	524

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficacia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos. 1647

FECHA: 18/11/19

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Carlos Ruiz Cordecilla	1003.066311	

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL ☐ B. EPS ☐ C. AFP ☐ ANTERIORES ☒

2. Escriba en sus palabras la Política de Consorcio PRUNI Sedes 04

minimar Accidentes de trabajo y que
en primer todos los recursos para es
esto.

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? V

B. La inspección del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? F

C. En Consorcio PRUNI Sedes 04 está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? F

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. Acitir Alos capacitaciones de SST
2. Usar los EPP co
3. Cumplir norma ESTH

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

Uso casca Bota Guante

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

Reporta al jefe inmidato y responsabilidad
SST

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

una caida con machacon

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

riesgo es un documento que discrimina todos
los estoy espuesto en mi lugar de
trabajo

9. Que es el COPASST?

comite Paritario de seguridad de trabajo

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

Frente la rejas

CALIFICACIÓN: 10

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

52

1648

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: 18/11/19	CONSORCIO PRUNI SEDES 04
Hora de inicio: 7:00 AM	
Nombre: Kiver Manuel Murillo Sanchez	
Cédula: 1.003.066.627	
Cargo: Auxiliar	UNIVERSAL SEC S.A.S.

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales Vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

Decreto 614/1984 (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social - SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015** – Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019** – Estándares mínimos del SG-SST.

- [x] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
- [x] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
- [x] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
- [x] Higiene y Seguridad Industrial
- [x] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
- [x] Plan de Manejo Ambiental
- [x] Reglamento Interno de Trabajo
- [x] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
- [x] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
- [x] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral, Diligenciamiento FURAT (Interno)
- [x] Comité Convivencia Laboral
- [x] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- [x] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
- [x] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
- [x] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
- [x] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
- [x] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audifonos, otros)
- [x] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)
- [ ] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Responsable SST instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	Kiver Manuel Murillo	1.003.066627	AY	Kiver Murillo

526

1649

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	

OBJETIVO: **Notificar los riesgos** a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la ejecución de sus actividades en el contrato: "SECRETARIA GENERAL 731 DE 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." **Notificar derecho a examen de retiro** que el firmante tiene derecho en caso de ser empleado, se los puede practicar 5 días hábiles después de finalizado su contrato laboral.

Factores de Riesgo Existentes (Tachar a los que se encuentra expuesto)

SI	**Físicos:** Ruido, radiaciones no ionizantes, iluminación por exceso o deficiencia.	SI	**Mecánico:** elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, materiales proyectados solidos o fluidos. (Atrapamientos, golpes, caidas, aplastamientos, contacto).
SI	**Químicos:** humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control, contacto indirecto con partes energizadas
SI	**Biológicos:** animales (mordedura de perros), insectos (picaduras de abejas), bacterias, intoxicación alimentaria (ingesta de agua no potable y alimentos en mal estado) enfermedades endémicas	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, resbalosas, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Psicolaboral:** contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, jornada de trabajo, características del grupo social de trabajo o la organización.	SI	**Públicos:** robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos (vandalismo en la zona del proyecto), atentados, orden público.
SI	**Fenómenos Naturales:** inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos), precipitaciones (lluvias, granizadas)	SI	**Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción, (desplazamiento en vehículos y/o desplazamiento a pie sobre la vía).
SI	**Biomecánico:** carga estática (postura de pie o sentado); Higiene Postural, levantamientos de cargas (levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro).	X	**Otros:**

ACCIONES PREVENTIVAS :

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis específicos al cargo
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje.
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de las áreas de trabajo y/o zonas del proyecto.
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra y la vía
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. Uso de los EPP acorde a la actividad que se va a ejecutar.
15. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
16. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas.

Nombre: Yuner Manuel Murillo Sanchez	**Cedula:** 1.003.661.627	**Fecha:** 19/11/19	
Cargo: auxiliar	**Firma:** Yuner Murillo	**Sede:** Centro Humanista	
Responsable de la Notificación: Tania Camelo	**Cargo:** Especialista SST		
Cedula: 37510531	**Lic. SO:** 10422-23109/17	**Firma:**	

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSAL SEC S.A.S.

ROLES Y RESPONSABILIDADES

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST está bajo la responsabilidad de la Gerencia con el apoyo de:

- Residente SST
- Jefes de áreas o procesos (Director de obra, Residente de obra)
- COPASST

Rol	Responsabilidad
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 consulta y participación de los trabajadores en la identificación de los peligros y control de los riesgos, así como la participación a través del comité o vigía de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Garantizar la supervisión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Evaluar por lo menos una vez al año la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Implementar los correctivos necesarios para el cumplimiento de metas y objetivos.
	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.
	Garantizar información oportuna sobre la gestión de la seguridad y salud en el trabajo y canales de comunicación que permitan recolectar información manifestada por los trabajadores.
Jefes de área (Director de obra, Residente de obra).	Participar en la actualización de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.
	Participar en la construcción y ejecución de planes de acción.
	Promover la comprensión de la política en los trabajadores.
	Informar sobre las necesidades de capacitación y entrenamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSAL SEC S.A.S.

Rol	Responsabilidad
	Participar en la investigación de los incidentes y accidentes de trabajo.
	Participar en las inspecciones de seguridad.
Residente SST	Planificar, organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el SG-SST y como mínimo una vez al año realizar su evaluación.
	Informar a la alta dirección 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.
	Coordinar con los jefes de las áreas, la elaboración y actualización de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y hacer la priorización para focalizar la intervención.
	Validar o construir con los jefes de las áreas los planes de acción y hacer seguimiento a su cumplimiento.
	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.
	Coordinar las necesidades de capacitación en materia de prevención según los riesgos prioritarios y los niveles de la organización.
	Apoyar la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo.
	Participar de las reuniones del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Implementación y seguimiento del SG-SST.
Trabajadores	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.
COPASST	Proponer a las directivas las actividades relacionadas con la salud y la seguridad de los trabajadores.
	Analizar las causas de accidentes y enfermedades.
	Visitar periódicamente las instalaciones.

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSAL-SEC S.A.S.

Rol	Responsabilidad
	Acoger las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de seguridad.
	Servir de punto de coordinación entre las directivas y los trabajadores para las situaciones relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo.
Comité de convivencia laboral	Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
	Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la entidad pública o empresa privada.
	Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.
	Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
	Formular planes de mejora y hacer seguimiento a los compromisos,
	Presentar a la alta dirección de la entidad pública o la empresa privada las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral.
	Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones.
Coordinador de alturas	Identificar peligros en el sitio en donde se realizan trabajos en alturas y adoptar las medidas correctivas y preventivas necesarias.
	Apoyar la elaboración de procedimientos para el trabajo seguro en alturas
	Inspeccionar anualmente el sistema de acceso para trabajo en alturas y sus componentes,
	Avalar la selección y uso específicos de cada sistema de acceso para trabajo en alturas, y de los sistemas de prevención y protección contra caídas aplicables.
	Verificar la instalación de los sistemas de protección contra caídas.

NOMBRE: Elmer Manuel Murillo **CÉDULA:** 7-203-666-621
CARGO: Operativo **FIRMA:** Elmer Murillo

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	Heiner Mamus Martinez Gonzalez
CARGO	Ayudante
CEDULA No.	1.003.066.627
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	18/11/19

Por medio de la presente certifico que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa Consorcio PRUNI Sedes 04

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CAREÍA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1° Vez	X		X							X				18/11/19				Heiner Martinez	
2° Vez																			
3° Vez																			
4° Vez																			
5° Vez																			
6° Vez																			
7° Vez																			
8° Vez							1												
9° Vez																			
10° Vez																			
11° Vez																			
12° Vez																			
13° Vez																			
14° Vez																			
15° Vez																			
16° Vez																			
17° Vez																			
18° Vez																			
19° Vez																			
20° Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EPI - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo: Art. 56 a Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979: Art. 85; Decreto 1295 de 1994: Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección individual (EPI) que solicite como reposición por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo Kiner Manuel Murillo identificado con c.c. 1.003.066.627 expedida en Bogotá Cundinamarca CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 dias hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 19 días del mes de 11 del año 19

Saludos Cordiales,

Kiner Manuel Murillo E.

Nombre: Kiner Manuel Murillo

C.C. 1.003.066.627

Ciudad: Bogotá

	EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	532

1655

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficacia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos.

FECHA: 18/11/19

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Jhon Manuel	1.003.664.627	Jhon Moreno

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL [ ] B. EPS [ ] C. AFP [ ] ANTERIORES [X]

2. Escriba en sus palabras la Política de Consorcio PRUNI Sedes 04

minimizar accidentes de trabajos y que el empleador de todos los riesgos de trabajos

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? [V]

B. La inspección del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? [F]

C. En Consorcio PRUNI Sedes 04 está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? [F]

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. asistir a las capacitaciones SST
2. usar los epp
3. cumplir normas de SST

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

usar gafas guantes botas de seguridad

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

reportar al jefe inmediato y responsable SST

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

un golpe, una machucada, y una fractura
una caida

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

Es un documento que diserimina los tipos de riesgo que estoy expuesto en el lugar de trabajo

9. Que es el COPASST?

Comite paritario de seguridad de trabajo

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

punto a la entrada principal

CALIFICACIÓN:

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: 18 Nov. 2019	CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S
Hora de inicio: 7:00 AM A 2:00 PM	
Nombre: KEVIN CASTELLANOS R.	
Cédula: 1.032.458.509	
Cargo: INSPECTOR	

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales Vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

[X] **Decreto 614/1984** (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social - SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015** – Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019** – Estándares mínimos del SG-SST.

[X] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
[X] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
[X] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
[X] Higiene y Seguridad Industrial
[X] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
[X] Plan de Manejo Ambiental
[X] Reglamento Interno de Trabajo
[X] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
[X] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
[X] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral; Diligenciamiento FURAT (Interno)
[X] Comité Convivencia Laboral
[X] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
[X] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
[X] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
[X] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
[X] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
[X] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audífonos, otros)
[X] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)

[ ] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Responsable SST instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	KEVIN CASTELLANOS R	1.032.458.509	INSPECTOR	

534

165

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — PRISMA — UNIVERSAL SEC S.A.S.	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	

OBJETIVO: **Notificar los riesgos** a los cuales va a estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos de protección personal a usar de manera permanente durante la ejecución de sus actividades en el contrato: "SECRETARIA GENERAL 731 DE 2019: "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." **Notificar derecho a examen de retiro** que el firmante tiene derecho en caso de ser empleado, se los puede practicar 5 días hábiles después de finalizado su contrato laboral.

Factores de Riesgo Existentes (Tachar a los que se encuentra expuesto)

SI	**Físicos:** Ruido, radiaciones no ionizantes, iluminación por exceso o deficiencia.	SI	**Mecánico:** elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, materiales proyectados solidos o fluidos. (Atrapamientos, golpes, caídas, aplastamientos, contacto).
SI	**Químicos:** humo no metálicos, humos metálicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctrico:** baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado falta de tableros de control, contacto indirecto con partes energizadas
SI	**Biológicos:** animales (mordedura de perros), insectos (picaduras de abejas), bacterias, intoxicación alimentaria (ingesta de agua no potable y alimentos en mal estado) enfermedades endémicas	SI	**Locativos:** superficies de trabajo irregulares, resbalosas, falta de orden y aseo en áreas de trabajo, herramientas mal utilizadas, caídas al mismo nivel o a diferente nivel
SI	**Psicolaboral:** contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonía), estrés laboral, cansancio físico, jornada de trabajo, características del grupo social de trabajo o la organización.	SI	**Públicos:** robo de objetos personales y de trabajo, atracos, asaltos (vandalismo en la zona del proyecto), atentados, orden público.
SI	**Fenómenos Naturales:** inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos), precipitaciones (lluvias, granizadas)	SI	**Seguridad vial:** accidentes de transito; exceso de confianza en cruzar las vías, imprudencia y desacato a las señales informativas en obra y en las vía, exceso de confianza en la conducción, (desplazamiento en vehículos y/o desplazamiento a pie sobre la vía).
SI	**Biomecánico:** carga estática (postura de pie o sentado); Higiene Postural, levantamientos de cargas (levantar cargas superiores a 25 kg del piso a la cintura y de 50 kg al hombro).		**Otros:**

ACCIONES PREVENTIVAS :

1. Examen médico ocupacional de ingreso y periódico con énfasis específicos al cargo
2. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
3. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctrica
4. Por su seguridad nunca retire los elementos de protección personal en obra
5. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencias
6. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas)
7. Inspecciones los sitios de trabajo, para identificar huecos, zanjas que ocasionen caídas o golpes
8. Cuando trabaje en alturas es necesario utilizar arnés de cuerpo y siempre asegurarse a las líneas de vida o puntos de anclaje.
9. Asegúrese de no haya ningún tipo de redes que puedan afectar su integridad física durante su labor (energía, gas, acueducto, etc.)
10. No fume dentro de las áreas de trabajo y/o zonas del proyecto.
11. Cumplir y promocionar la política de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa
12. Identificar la señalización preventiva y de seguridad dentro de la obra y la vía
13. Evite dejar herramientas botadas, ubíquela en el lugar correspondiente
14. Uso de los EPP acorde a la actividad que se va a ejecutar.
15. No olvide de revisar el estado de los elementos de protección personal a diario antes de iniciar sus actividades
16. Reporte oportunamente accidente o incidente de trabajo dentro de las 48 horas.

Nombre: KEVIN CASTELLANOS R.		**Cedula:** 1032458504	**Fecha:** 18/11/2019
Cargo: INSPECTOR	**Firma:**		**Sede:** CENTRO MEMORA
Responsable de la Notificación: Tania Ramos		**Cargo:** Especialista SST	
Cedula: 37510531	**Lic. SO:** 10429 23/04/14	**Firma:**	

ROLES Y RESPONSABILIDADES

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST está bajo la responsabilidad de la Gerencia con el apoyo de:

- Residente SST
- Jefes de áreas o procesos (Director de obra, Residente de obra)
- COPASST

Rol	Responsabilidad
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 consulta y participación de los trabajadores en la identificación de los peligros y control de los riesgos, así como la participación a través del comité o vigía de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Garantizar la supervisión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Evaluar por lo menos una vez al año la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
	Implementar los correctivos necesarios para el cumplimiento de metas y objetivos.
	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.
	Garantizar información oportuna sobre la gestión de la seguridad y salud en el trabajo y canales de comunicación que permitan recolectar información manifestada por los trabajadores.
Jefes de área (Director de obra, Residente de obra).	Participar en la actualización de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.
	Participar en la construcción y ejecución de planes de acción.
	Promover la comprensión de la política en los trabajadores.
	Informar sobre las necesidades de capacitación y entrenamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Rol	Responsabilidad
	Participar en la investigación de los incidentes y accidentes de trabajo.
	Participar en las inspecciones de seguridad.
Residente SST	Planificar, organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el SG-SST y como mínimo una vez al año realizar su evaluación.
	Informar a la alta dirección 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.
	Coordinar con los jefes de las áreas, la elaboración y actualización de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y hacer la priorización para focalizar la intervención.
	Validar o construir con los jefes de las áreas los planes de acción y hacer seguimiento a su cumplimiento.
	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.
	Coordinar las necesidades de capacitación en materia de prevención según los riesgos prioritarios y los niveles de la organización.
	Apoyar la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo.
	Participar de las reuniones del Comité de Seguridad y Salud en el trabajo.
	Implementación y seguimiento del SG-SST.
Trabajadores	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.
COPASST	Proponer a las directivas las actividades relacionadas con la salud y la seguridad de los trabajadores.
	Analizar las causas de accidentes y enfermedades.
	Visitar periódicamente las instalaciones.

Rol	Responsabilidad
	Acoger las sugerencias que presenten los trabajadores en materia de seguridad.
	Servir de punto de coordinación entre las directivas y los trabajadores para las situaciones relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo.
Comité de convivencia laboral	Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
	Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la entidad pública o empresa privada.
	Escuchar a las partes involucradas de manera individual sobre los hechos que dieron lugar a la queja.
	Adelantar reuniones con el fin de crear un espacio de diálogo entre las partes involucradas, promoviendo compromisos mutuos para llegar a una solución efectiva de las controversias.
	Formular planes de mejora y hacer seguimiento a los compromisos,
	Presentar a la alta dirección de la entidad pública o la empresa privada las recomendaciones para el desarrollo efectivo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral.
	Elaborar informes trimestrales sobre la gestión del Comité que incluya estadísticas de las quejas, seguimiento de los casos y recomendaciones.
Coordinador de alturas	Identificar peligros en el sitio en donde se realizan trabajos en alturas y adoptar las medidas correctivas y preventivas necesarias.
	Apoyar la elaboración de procedimientos para el trabajo seguro en alturas
	Inspeccionar anualmente el sistema de acceso para trabajo en alturas y sus componentes,
	Avalar la selección y uso específicos de cada sistema de acceso para trabajo en alturas, y de los sistemas de prevención y protección contra caídas aplicables.
	Verificar la instalación de los sistemas de protección contra caídas.

NOMBRE: KEVIN CASTELLANOS R **CÉDULA:** 1.032.458.509
CARGO: INSPECTOR **FIRMA:**

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	Kevin Castellanos
CARGO	Inspector
CEDULA No.	1.032.458.504
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	18 - 11 - 2019

Por medio de la presente certifico que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa Consorcio PRUNI Sedes 04

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CARETA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1° Vez	X		X								X			18-11-2019					
2° Vez																			
3° Vez																			
4° Vez																			
5° Vez																			
6° Vez																			
7° Vez																			
8° Vez																			
9° Vez																			
10° Vez																			
11° Vez																			
12° Vez																			
13° Vez																			
14° Vez																			
15° Vez																			
16° Vez																			
17° Vez																			
18° Vez																			
19° Vez																			
20° Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declara que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EPI - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo, Art. 56 a Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979; Art. 85; Decreto 1295 de 1994; Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección individual (EPI) que solicite como reposición por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

538

539
1663

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C."
	CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo KEVIN CASTELLANOS R. identificado con c.c. 1.032.458.504 expedida en BOGOTÁ CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 18 días del mes de NOVIEMBRE del año 2019

Saludos Cordiales,

Nombre: KEVIN CASTELLANOS
C.C. 1.032.458.504
Ciudad: Bogotá

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficacia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos.

FECHA: 18 NOV 2019

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
KEVIN CASTELLANOS R.	1.032.458.504	

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL ☐ B. EPS ☐ C. AFP ☐ ANTERIORES ☒

2. Escriba en sus palabras la Política de Consorcio PRUNI Sedes 04

MINIMIZAR Y/O EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y SUMINISTRAR TODOS LOS RECURSOS PARA ESTO.

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? V

B. La inspección del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? F

C. En Consorcio PRUNI Sedes 04 está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? F

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. ASISTIR A CAPACITACIONES
2. USO ADECUADO DE EPP
3. REPORTAR CUALQUIER RIESGO

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

CASCO - BOTAS.

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

REPORTAR INMEDIATAMENTE A RESPONSABLE SST

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

ALTURA - RIESGO BIOLOGICO - HERRAMENTA Y MAQUINARIA PESADA.

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

DOCUMENTO QUE ESPECIFICA LOS DIFERENTES TIPOS DE RIESGO A LOS QUE PODEMOS ESTAR EXPUESTOS EN TRABAJO.

9. Que es el COPASST?

COMITE PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

SITIO INDICADO PARA ACUDIR EN CASO DE EMERGENCIAS.

CALIFICACIÓN: 10

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: 05-11-2019	CONSORCIO PRUNI SEDES 04
Hora de inicio: 09-11	PRISMA
Nombre: CARLOS OMAR CUADROS GERALDO	UNIVERSAL SEC S.A.S.
Cédula: 1.023.869.867	
Cargo: TECNICO	

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales Vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

[X] **Decreto 614/1984** (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social - SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015 –** Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019 –** Estándares mínimos del SG-SST.

- [X] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
- [X] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
- [X] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
- [X] Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
- [X] Plan de Manejo Ambiental
- [X] Reglamento Interno de Trabajo
- [X] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
- [X] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
- [X] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral; Diligenciamiento FURAT (Interno)
- [X] Comité Convivencia Laboral
- [X] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- [X] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
- [X] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
- [X] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
- [X] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
- [X] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audífonos, otros)
- [X] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)
- [X] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Coordinador HSEQ instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	CARLOS OMAR CUADROS G	1.023.869.867	TECNICO	

542
1666

CONSORCIO
PRUNI SEDES 04
PRISMA
UNIVERSAL SEC S.A.S.

INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Fecha de inducción: 05-11-2019

Obra: CENTRO MEMORIA

CONSTANCIA DE INDUCCIÓN Y COMPROMISO EN SALUD OCUPACIONAL

Yo CARLOS OMAR CUBIDES GIRALDO identificado(a) con cedula de ciudadanía 1.023.869.869 de BOGOTA

Doy constancia que he recibido y comprendido la **Inducción en seguridad y salud en el trabajo**. Me Considero que estoy capacitado (a), para cumplir mi labor como me fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar durante mi labor los implementos de protección personal y seguridad industrial que me han sido asignados, informarles a mis jefes inmediatos o al personal de salud ocupacional la requisición o cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y las de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Procurar el cuidado integral de su salud. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la empresa. Participar en la prevención de los riesgos profesionales a través de los comités paritarios de salud ocupacional, o como vigías ocupacionales. Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales, deberán mantener actualizada la información sobre su domicilio, teléfono

Nombre del Trabajador: CARLOS OMAR CUBIDES GIRALDO

Cargo: TECNICO

CARLOS OMAR CUBIDES G	1.023.869.869	
NOMBRE DEL TRABAJADOR	**CÉDULA**	**FIRMA**

SAS – F 041

545
1662

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 PRISMA CIVIL CONSTRUCTOR UNIVERSAL SEC S.A.S.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO "REALIZAR A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FORMULA DE REAJUSTE LAS DIFERENTES OBRAS E INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS PARA LAS DIFERENTES SEDES DE LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C." CLIENTE: SECRETARIA GENERAL ALCALDIA BOGOTA

CERTIFICADO NOTIFICACION DERECHO EXAMEN DE RETIRO

CONTRATO DE OBRA"

Respetados Señores,

Por medio de la presente yo CARLOS OMAR CUBIDES G identificado con c.c. 1.023.869.869 expedida en BOGOTA CERTIFICO que el Consorcio PRUNI SEDES 04 me ha informado de manera explícita y suficiente al respecto del derecho que tengo de realizarme el Examen Médico de Retiro, con un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha de mi desvinculación laboral; en el centro médico PREVENTSALUD (Carrera 15 Sur 16-46 Barrio Restrepo), autorizado por la empresa y sin ningún costo a mi cargo.

Para Constancia se firma en Bogotá a los 05 días del mes de NOVIEMBRE del año 2019

Saludos Cordiales,

Nombre: CARLOS OMAR CUBIDES G
C.C. 1.023.869.869
Ciudad: BOGOTA

CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CONTROL ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE	Carlos Cabido
CARGO	Tecnico
CEDULA No.	1023869861.
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:	05- Nov. 2019-

Por medio de la presente certifico que he recibido los Elementos de Protección Individual de parte de la empresa Consorcio PRUNI Sedes 04

ENTREGA DE EPI	ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ENTREGADOS													FECHA ENTREGA (Día/Mes/Año)	MOTIVO			FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL QUIEN ENTREGA
	CASCO	TAPABOCAS	GAFAS LENTE CLARO	GAFAS LENTE OSCURO	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTORR AUDITIVO DE INSERCIÓN	PETO EN CARNAZA	MANGAS EN CARNAZA	CARETA PARA SOLDADURA	GUANTES DE CARNAZA	GUANTES DE HILAZA CON NITRILO	MASCARILLA CON FILTRO	OTROS		Deterioro	Pérdida	Remplazo Planificado		
1° Vez	X	X	X							X		X		05-Nov-2019.					
2° Vez																			
3° Vez																			
4° Vez																			
5° Vez																			
6° Vez																			
7° Vez																			
8° Vez							1												
9° Vez																			
10° Vez																			
11° Vez																			
12° Vez																			
13° Vez																			
14° Vez																			
15° Vez																			
16° Vez																			
17° Vez																			
18° Vez																			
19° Vez																			
20° Vez																			

Compromiso:

1. Me comprometo a hacer uso Obligatorio y Adecuado durante la jornada laboral de los elementos de protección individual (EPI) recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso Obligatorio y Adecuado de los elementos de protección individual(EPI).
2. Haciendo USO Obligatorio y Adecuado de los Elementos de protección individual (EP: - incluyendo ropa de trabajo ó atuendo personal seguro) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador (a) definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: (CST) Código Sustantivo Del Trabajo; Art. 56 a Art. 58 numeral 7; Ley 9 de 1979; Art. 85; Decreto 1295 de 1994; Art. 91. El presente compromiso quedará archivado en la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo y disponible para cualquier requerimiento de la empresa como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.
3. Autorizo realizar el descuento por nómina del valor indicado (vigente a la fecha) y correspondiente al elemento de protección individual (EPI) que solicite como reposición por pérdida y/o mal uso de mi parte.
4. Me comprometo a hacer devolución de los elementos de protección individual(EPI) que he recibido, una vez inicie mi proceso de retiro de la empresa.

UNIVERSAL S.A.S.

EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN

545

La información diligenciada permite hacer seguimiento a los conocimientos recibidos en el área de Seguridad y Salud en el trabajo y evaluar la eficacia de la inducción. Se realiza de manera individual para los trabajadores que reciben diariamente la inducción como muestra de los conocimientos adquiridos.

FECHA: 05-11-2014

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
CARLOS ANDRÉS PUERTO GRANADOS	1.023.909.969	

Marque con una X la respuesta correcta:

1. El sistema de seguridad social esta conformado por:

A. ARL [ ] B. EPS [ ] C. AFP [ ] ANTERIORES [X]

2. Escriba en sus palabras la Política de Consorcio PRUNI Sedes 04

POLITICA DE PREVENCION, CALIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA CON LAS PARTES INTERESADAS EN PRESERVAR EL MEDIO AMBIENTE

3. Responda Verdadero **(V)** o Falso **(F)** según la afirmación:

A. Al realizar un trabajo en altura se requiere de un permiso de trabajo antes de iniciar? V

B. La inspección del puesto de trabajo se debe hacer mensualmente? F

C. En Consorcio PRUNI Sedes 04 está permitido fumar en cualquiera de los lugares de trabajo? F

4. Escriba tres (3) responsabilidades en SST que tiene usted como trabajador

1. UTILIZAR LOS PROTECCIONES DE MI PUESTO DE TRABAJO
2. REPORTAR LAS PERSONAS DE MI PUESTO DE TRABAJO
3. REPORTAR CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE EN MI AREA DE TRABAJO

5. Cuáles son los Elementos de Protección Individual que debe utilizar en sus labores?

BOTAS, GUANTES, CASCO, GAFAS, TAPA OIDOS

6. Qué debe hacer usted en caso de Accidente de trabajo?

REPORTAR ESTO INMEDIATAMENTE A LA PERSONA ENCARGADA

7. Diga 5 Peligros a los que usted está expuesto en su puesto de trabajo?

ELECTRICO, QUIMICO, BIOLOGICOS, LOCATIVOS, PUBLICO, MECANICO, SEGURIDAD

8. Qué es el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial?

TODO LO QUE NOS HABLA DEL ASEO Y MANTENIMIENTO DE NUESTRO PUESTO DE TRABAJO QUE EVITA MAL ACCIDENTE

9. Que es el COPASST?

COMITE PARITARIA DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO

10. Que es el punto de encuentro en una evacuación?

EL PUNTO DE REUNION DONDE NOS ESTAMOS DIRIGIDOS A UN SITIO SEGURO EN CASO DE UNA EVACUACION

CALIFICACIÓN:

¡BIENVENIDO A NUESTRO EMPRESA!

FORMATO PARA INDUCCION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: 27/11/2019	CONSORCIO PRUNI SEDES 04
Hora de inicio: 07:30 a.m.	PRISMA
Nombre: Omar Alonso Pico	UNIVERSAL SEC S.A.S.
Cédula: 1.098.406.778	
Cargo: Oficios Aplicador	

Consorcio PRUNI Sedes 04, en cumplimiento a lo dispuesto en las Normas Laborales Legales vigentes, me ha informado acerca de los riesgos específicos y asociados a las tareas que debo realizar ó desarrollar en mi puesto de trabajo, así mismo me ha dado a conocer las medidas preventivas que debo tomar para hacer de esto un método seguro de trabajo.

Temática:

- [x] **Decreto 614/1984** (bases para la organización de Salud Ocupacional en el país); **Normatividad: Ley 9/1979** (código sanitario); **Ley 100/1993** (Sistema General de Seguridad Social + SGSS); **Resolución 1016/1989** (organización, funcionamiento y forma del programa de salud ocupacional);**Ley 776/2002** (Organización, Administración y Prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales); **Ley 1010/2006** (Acoso Laboral: Comité Convivencia Laboral); **Ley 1335/2009** (Prevención Consumo tabaco); **Resolución 2013/1986** (comité Paritario de Salud Ocupacional -COPASO); **Decreto 1295/1994** (organización y administración del sistema de riesgos profesionales); **Resolución 1401/2007** (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo); **Resolución 2346/2007** del Ministerio de Protección Social (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales). **Ley 1562/2012** (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST); **Código Sustantivo del Trabajo– CST, Decreto 1072 de 2015** - Decreto Único Reglamentario Sector Trabajo. **Resolución 0312 de 2019** – Estándares mínimos del SG-SST.

- [x] Seguridad y Salud en el Trabajo (Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST), estándares de seguridad
- [x] Políticas (de SST, Calidad, Política de Prevención de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia y Medio Ambiente)
- [x] Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo (Exámenes Ingreso, Control o Periódicos; Retiro)
- [x] Higiene y Seguridad Industrial
- [x] Reglamento Interno de Higiene y Seguridad Industrial
- [x] Plan de Manejo Ambiental
- [x] Reglamento Interno de Trabajo
- [x] Uso Obligatorio y Adecuado de los Elementos de Protección Individual - EPI (CST)
- [x] Enfermedad Laboral (EL) - Incidente - Accidente de Laboral (AL) - Acto Inseguro - Condición Insegura
- [x] Procedimiento Notificación Incidentes y Accidente Laboral; Diligenciamiento FURAT (Interno)
- [x] Comité Convivencia Laboral
- [x] Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- [x] Brigadas de Emergencias - Control de Emergencias
- [x] Programa Pausas Activas (Acondicionamiento Físico; Fortalecimiento Físico)
- [x] Orden y Aseo en Puesto de trabajo; Responsabilidades
- [x] Higiene Personal, Recomendaciones (Sitio ó Lugar de trabajo)
- [x] Prohibición de laborar con elementos extraños a su actividad laboral (Anillos, cadenas, manillas, relojes, celulares, aretes, audífonos, otros)
- [x] Prohibición laborar Bajo la Influencia de Alcohol y/o Drogas (Sustancias Psicoactivas)

- [x] Tareas de alto riesgo (alturas, trabajos en caliente)

El Responsable SST instruye sobre los diferentes temas y debe garantizar que sean conocidos por el nuevo Trabajador (a), mostrando la responsabilidad, compromiso y el entendimiento de cada uno de los mismos, en el momento en que este firmando.

Registro del Participante:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	Omar Alonso Pico	1.098.406.778	Aplicador	Omar Alonso