ANEXO No. 8

CONTROL Y SEGUIMIENTO A PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL INTERVENTORÍA ARQUITECTURA URBANA LTDA /CONTRATISTA CONSORCIO PRUNI SEDES 04 /

CONTRATO DE INTERVENTORÍA NO.4233000-730-2019

RELACIÓN DE PERSONAL DE LA INTERVENTORÍA

INTERVENTORÍA ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No 4233000-730 DE 2019
FECHA: MAYO DEL 2020

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	PORCENTAJE DEDICACIÓN	EXAMEN OCUPACIONAL	FECHA ÚLTIMO PAGO SEGURIDAD SOCIAL
1	Hernándo Daza Berrio	18.939.369	Director de Interventoría	Positiva	Cruz Blanca	Colpensiones	100%	SI	16/06/2020
2	Paula Fernanda Morales Sanches	52.959.013	Cordinadora de Interventoria	Positiva	Compensar	Porvenir	100%	SI	4/06/2020
3	Diana Caterine Morales Velasquez	1.026.572.178	Residente Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo	Positiva	famisanar	Porvenir	100%	SI	16/06/2020
4	Fernando Aguirre Medina	7.182.768	Residente de Interventoria	Positiva	Compensar	Colpensiones	100%	SI	16/06/2020
5	Juan Carlos Briceño	79.389.138	Inspector Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)	Positiva	Salud Total	Colpensiones	100%	SI	16/06/2020
6	Jose Abelino Vargas Tenjo	1.057.463.178	Inspector de Interventoría	Positiva	Medimas	Porvenir	100%	SI	16/06/2020
7	Carlos Giovanni Wilchez Montaño	79.720.581	Residente de Interventoria	Positiva	Compensar	Porvenir	100%	SI	27/04/2020
c	Eyson Fernando Zambrano	8.092.810	Conductor	Positiva	Compensar	Proteccion	100%	SI	16/06/2020
8	Katty Andrea Farfàn Arias	1.031.146.000	Proesional de Ingenieria Civil de apoyo	Positiva	Sanitas	Colpensiones	100%	SI	16/06/2020

"Dentro de los procesos de licitación Pública y concursos de Méritos, tener un trato preferencial con las personas discapacitadas así "En los procesos de licitaciones públicas y concursos de méritos, para incentivar el sistema preferencial con personas con discapacidad, la entidades estatales deberán otorgar el uno por ciento (1%) del total de los puntos establecidos en el pliego de condiciones, a los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal de acuerdo con los siguientes requisitos: 1. La persona natural, el representante legal, de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda, certificara el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal del proponente o sus integrantes a la fecha de cierre del proceso de selección 2 Acreditar el número mínimo de personas con discapacidad en su planta de personal conformidad con lo señalado en el certificado expedido por el ministerio de trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección".

La interventoría ARQUITECTURA URBANA LTDA, presenta la documentación del personal con discapacidad siendo: certificado de vinculación del trabajador con discapacidad, el formato de constatación de vinculación de trabajadores en situación de discapacidad emitida por la entidad MINISTERIO DE TRABAJO, y el soporte de seguridad social del trabajador con discapacidad; del señor HERNANDO DAZA BERRIO identificado con cedula de ciudadanía No 18939069 de Agustín Codazzi.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACION	830098495
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION	CALLE 18 NO. 8-12 OFC. 311	TELEFONO	7035370
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	8-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA				7755680728	TIPO DE PLANILLA				E EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	ANO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	junio	ANO	2020
DIAS DE MORA				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)				2020/06/16	NUMERO AUTORIZACIÓN				654030414

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.120.000	$ 0	$ 0	$ 35.000	$ 35.000	$ 0	$ 0	$ 1.190.000	$ 0	$ 1.190.000
SUBTOTALES:										$ 1.190.000	$ 0	$ 1.190.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280.000
SUBTOTALES:													$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 36.600	$ 36.600	$ 0	$ 0	$ 36.600
SUBTOTALES:									$ 36.600	$ 0	$ 0	$ 36.600

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280.000
SUBTOTALES:			$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 280.000

SOI

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 18939066	BAZA BERNAL HERNANDO	DEPEND		$ 7.000.000			SI																

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 7.000.000	$ 1.120.000	$ 35.000	$ 35.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.190.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 7.000.000		$ 280.000	$ 280.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 7.000.000		$ 36.600	30	$ 7.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 1.786.600**

721

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	830098495
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CALLE 38 NO. 8-12 OFC. 301	TELÉFONO	7035370
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA			7755680329	TIPO DE PLANILLA			E EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	junio AÑO	2020
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2020/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN			654068840

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 60.000
231001	231001-COLFONDOS	2	$ 138.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 138.000	$ 0	$ 138.000
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 88.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 88.100	$ 0	$ 88.100
SUBTOTALES:										$ 286.100	$ 0	$ 286.100

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMAS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 72.000
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 64.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 80.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 165.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 165.400	$ 0	$ 0	$ 165.400
SUBTOTALES:													$ 381.400	$ 0	$ 0	$ 381.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	5		$ 0	$ 0		$ 0	$ 483.500	$ 483.500	$ 0	$ 0	$ 483.500
SUBTOTALES:									$ 483.500	$ 0	$ 0	$ 483.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	5	$ 381.400	$ 0	$ 381.400
SUBTOTALES:			$ 381.400	$ 0	$ 381.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1026572178	MORALES VELASQUEZ DIANA CATHERINE	DEPEND		$ 2.000.000			SI																	
2	CC 1057463178	VARGAS TENJO JOSE ABELINO	DEPEND		$ 1.800.000			SI																	
3	CC 33379020	SILVA MARTINEZ NANCY FABIOLA	DEPEND		$ 2.800.000			SI																	
4	CC 7182768	AGUIRRE MEDINA FERNANDO	DEPEND		$ 2.000.000			SI																	
5	CC 79389138	BRICEÑO JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1.600.000			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN / SALUD

Nº	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 60.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000
2	231001-COLFONDOS	30	$ 1.800.000	$ 54.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 54.000	EPS044-MEDIMAS	30	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 72.000
3	231001-COLFONDOS	30	$ 2.800.000	$ 84.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 84.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.800.000	$ 112.000	$ 0	$ 112.000
4	25-14 COLPENSIONES	20	$ 1.333.334	$ 40.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 40.100	EPS005-SANITAS S.A	20	$ 1.333.334	$ 53.400	$ 0	$ 53.400
5	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.600.000	$ 48.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 48.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.600.000	$ 64.000	$ 0	$ 64.000

ARP / PARAFISCALES

Nº	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CCF DÍAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000		$ 139.200	30	2.000.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.800.000		$ 125.300	30	1.800.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.800.000		$ 14.700	30	2.800.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	20	$ 1.333.334		$ 92.900	20	1.333.334	SCCF24-COMPENSAR	$ 53.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.600.000		$ 111.400	30	1.600.000	SCCF24-COMPENSAR	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 1.532.400**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	901029778
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			AURBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CLL 38 8 12 OFICINA 301	TELEFONO	7035370
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7755672407	TIPO DE PLANILLA	E EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES junio AÑO 2020
DÍAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2020/06/16	NUMERO AUTORIZACIÓN	654007161

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 51.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.000	$ 0	$ 51.000
230201	230201- PROTECCION	1	$ 27.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.500	$ 0	$ 27.500
25-14	25-14 COLPENSIONES	4	$ 236.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.400	$ 0	$ 236.400
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 105.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 105.000	$ 0	$ 105.000
SUBTOTALES:										$ 419.900	$ 0	$ 419.900

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 60.000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.500	$ 0	$ 0	$ 36.500
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 68.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.000	$ 0	$ 0	$ 68.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 360.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 360.000	$ 0	$ 0	$ 360.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 35.200
SUBTOTALES:													$ 559.700	$ 0	$ 0	$ 559.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	7		$ 0	$ 0		$ 0	$ 132.000	$ 132.000	$ 0	$ 0	$ 132.000
SUBTOTALES:									$ 132.000	$ 0	$ 0	$ 132.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	7	$ 559.700	$ 0	$ 559.700
SUBTOTALES:			$ 559.700	$ 0	$ 559.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1030038476	VALENCIA SOTO LUIS ALEJANDRO	DEPEND		$ 877.803			SI																	
2	CC 1031146000	FARFAN ARIAS KATTY ANDREA	DEPEND		$ 2.000.000			SI																	
3	CC 17324571	BARRERO BENAVIDES NELSON MAURICIO	DEPEND		$ 3.500.000			SI																	
4	CC 20719707	RUIZ SIERRA MARIA CAROLINA	DEPEND		$ 3.500.000			SI																	
5	CC 49691881	VALENCIA SIERRA CARMEN ALICIA	DEPEND		$ 1.500.000			SI																	
6	CC 52796082	VALDERRAMA CARREÑO OLGA MARIA	DEPEND		$ 1.700.000			SI																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS AFILIADO	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 26.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 26.400
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 60.000
3	25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.500.000	$ 105.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 105.000
4	231001-COLFONDOS	30	$ 3.500.000	$ 105.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 105.000
5	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.500.000	$ 45.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 45.000
6	230301-PORVENIR	30	$ 1.700.000	$ 51.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 51.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	$ 35.200
2	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 80.000	$ 0	$ 80.000
3	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.500.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000
4	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.500.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000
5	EPS001-ALIANSALUD S.A.	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000
6	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.700.000	$ 68.000	$ 0	$ 68.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877.803		$ 4.600
2	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000		$ 10.500
3	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.500.000		$ 18.300
4	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.500.000		$ 18.300
5	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.500.000		$ 7.900
6	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.700.000		$ 8.900

PARAFISCALES

Nº	CCF DÍAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 877.803	CCF24-COMPENSAR	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 80.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	30	$ 3.500.000	CCF24-COMPENSAR	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	30	$ 3.500.000	CCF24-COMPENSAR	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	30	$ 1.500.000	CCF24-COMPENSAR	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	30	$ 1.700.000	CCF24-COMPENSAR	$ 68.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	901029778
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			AURBANA SAS
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION	CLL 38 8 12 OFICINA 301	TELEFONO	7035370
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	G-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA.	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			7755672407	TIPO DE PLANILLA			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	junio	AÑO 2020
DÍAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2020/06/15	NUMERO AUTORIZACIÓN			654007161

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

	DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES				
																				PENSIÓN							SALUD							ARP							CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																				FSP																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
7	CC 80526190	ZAMBRANO DEPEND PEREZ LYSON FERNANDO			$ 1.100.000			SI		01																																			
																				230201-PROTECCION	1	$ 43.334	$ 1.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.400	EPS008-COMPENSAR	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 43.334		$ 1.100	1	$ 43.334	CCF24-COMPENSAR	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 80526190	ZAMBRANO DEPEND PEREZ LYSON FERNANDO			$ 1.100.000			SI		11																																			
																				230201-PROTECCION	20	$ 866.667	$ 26.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 26.100	EPS008-COMPENSAR	20	$ 866.667	$ 34.700	$ 0	$ 34.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	20	$ 866.667		$ 10.400	20	$ 866.667	CCF24-COMPENSAR	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 1.671.300**

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52959013	PAULA FERNANDA MORALES SANCHEZ		CALLE 27 SUR NO 24A-15	2781195	PAULAFRED45@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	04/06/2020	42414749	$154.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52959013	MORALES SANCHEZ PAULA FERNANDA	3	0			N																	230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800		0		0	CCF24	877.803	17.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	830098495
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ARQUITECTURA URBANA LTDA
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CALLE 38 NO. 8-12 OFC. 301	TELÉFONO.	7035370
TIPO APORTANTE	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA			7755799180	TIPO DE PLANILLA				Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	mayo	AÑO	2020
DIAS DE MORA			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2020/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN				654059007

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 74.300	$ 74.300	$ 0	$ 0	$ 74.300
SUBTOTALES:									$ 74.300	$ 0	$ 0	$ 74.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 52959013	MORALES SANCHEZ PAULA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.600.000			NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
R-11																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

ARP

ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	20	$ 1.066.667	1742101	$ 74.300

PARAFISCALES

CCF DIAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 74.300**

SOI

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52959013	PAULA FERNANDA MORALES SANCHEZ	CALLE 27 SUR NO 24A-15	2781195	PAULAFRED45@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTA. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	04/06/2020	42414749	$154.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	1	100	0	109.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	26.400	0	0	0	0	1	100	0	26.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	1	100	17.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.900
Pensión	1	26.400	26.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	17.600	17.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	153.800	154.100

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

727

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830110735-8	GRUPO CONSTRUCTOR PRISMA SAS	CALLE 98 N 70-91 OFI 812	7441529	asistente@prismaunivesal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B - menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-05	E	11/06/2020	43083209	$897.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	36.000	0		0		0	0	0	0	36.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	19.200	0		0		0	0	0	0	19.200	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	58.000	0		0		0	0	0	0	58.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	27.000	0	0	0	0	0	0		27.000	1
231001	Colfondos	800227940-6	73.500	0	0	0	0	0	0		73.500	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	134.400	0	0	0	0	0	0		134.400	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	36.400				36.400	0	0	36.400			364	36.400	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	313.200	0	0	313.200	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	313.200	313.200
Pensión	3	234.900	234.900
Riesgos Laborales	1	36.400	36.400
CCF	1	313.200	313.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	897.700	897.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830110735-8	GRUPO CONSTRUCTOR PRISMA SAS		CALLE 98 N 70-91 OFI 812	7441529	asistente@prismaunivesal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B - menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-05	E	11/06/2020	43083209	$897,700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010204184	RODRIGUEZ ALVAREZ GERMAN CAMILO	1	0			S												X					230301	900,000	27,000	0	0	0	0	EPS002	900,000	96,000	14-23	900,000	1	0	CCF21	900,000	36,000	0	0	0	0	0
2	CC	1014244109	ORTIZ LANDINEZ ANDREA CATALINA	1	0			S	X																25-14	480,000	14,400	0	0	0	0	EPS008	480,000	19,200	14-23	480,000	1	2,600	CCF21	480,000	19,200	0	0	0	0	0
3	CC	1030617047	LINARES LINARES DIEGO ALEXANDER	1	0			S																	23100	1,450,000	43,500	0	0	0	0	EPS010	1,450,000	58,000	14-23	1,450,000	1	7,600	CCF21	1,450,000	58,000	0	0	0	0	0
4	CC	52796212	AVENDAÑO GONZALEZ SANDRA MILENA	1	0			S																	231001	1,000,000	30,000	0	0	0	0	EPS005	1,000,000	40,000	14-23	1,000,000	1	5,300	CCF21	1,000,000	40,000	0	0	0	0	0
5	CC	79321873	CASTAÑO BARRETO OSCAR	1	0			S																	25-14	4,000,000	120,000	0	0	0	0	EPS005	4,000,000	160,000	14-23	4,000,000	1	20,900	CCF21	4,000,000	160,000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900460588-6	UNIVERSAL SEC SAS		CALLE 98 N 70-91 OFI 812	7441529	auxiliargerencia14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-05	E	17/06/2020	43130616	$1.102.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	184.100	0		0		0	0	0	0	184.100	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	48.200	0	0	0	0	0	0		48.200	1
230901	Old Mutual	800253055-2	120.000	0	0	0	0	0	0		120.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	120.000	0	0	0	0	0	0		120.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	45.600				45.600	0	0	45.600			456	45.600	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	384.100	0	0	384.100	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	384.100	384.100
Pensión	3	288.200	288.200
Riesgos Laborales	1	45.600	45.600
CCF	1	384.100	384.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	1.102.000	1.102.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

730

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900460588-6	UNIVERSAL SEC SAS	CALLE 98 N 70-91 OFI 812	7441529	auxiliargerencia14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL / PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 4 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-06	2020-05	E	17/06/2020	43130616	$1.102.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsidio	Estranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018466116	MESIAS MENESES ANA MARIA	1	0			S																	230301	693.334	20.900	0	0	0	0	EPS005	693.334	27.800	14-23	693.334	1	3.700	CCF21	693.334	27.800	0	0	0	0	0
2	CC	1018466116	MESIAS MENESES ANA MARIA	1	0			S													X				230301	906.667	27.300	0	0	0	0	EPS005	906.667	36.300	14-23	906.667	1	0	CCF21	906.667	36.300	0	0	0	0	0
3	CC	51918211	CASTAÑO BARRETO OLGA	1	0			S																	25-14	1.000.000	30.000	0	0	0	0	EPS010	1.000.000	40.000	14-23	1.000.000	1	5.300	CCF21	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
4	CC	7717488	CARRILLO ROJAS SAMUEL EDUARDO	1	0			S																	230901	4.000.000	120.000	0	0	0	0	EPS010	4.000.000	160.000	14-23	4.000.000	1	20.900	CCF21	4.000.000	160.000	0	0	0	0	0
5	CC	80116150	GONZALEZ DUARTE JORGE ANTONIO	1	0			S																	25-14	3.000.000	90.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	120.000	14-23	3.000.000	1	15.700	CCF21	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901206646	1	ANCER CONSTRURTOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VILLAMARIA 2DO SECTOR	Calle 136a # 111a - 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7573874	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-06	655485601	9407132030	E	2020/06/10	2020/06/17	BANCOLOMBIA	7	$221,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl ip	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
SUCURSAL: VILLAMARIA 2DO SECTOR (2 Afiliados)						$1,228,925	$37,000			$1,228,925	$49,300			$1,228,925	$49,300			$1,228,925	$85,600		$0	$0		$221,200
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (2 Afiliados)						$1,228,925	$37,000			$1,228,925	$49,300			$1,228,925	$49,300			$1,228,925	$85,600		$0	$0		$221,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$1,228,925	$37,000			$1,228,925	$49,300			$1,228,925	$49,300			$1,228,925	$85,600		$0	$0		$221,200
1	CC	1019071725	AVILA ANGELICA	230301	30	$877,803	$26,400	EPS005	30	$877,803	$35,200	CCF24	30	$877,803	$35,200	14-11	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$157,900
2	CC	1019066733	GUTIERREZ CESAR X	230201	12	$351,122	$10,600	EPS005	12	$351,122	$14,100	CCF24	12	$351,122	$14,100	14-11	12	$351,122	$24,500	12	$0	$0	Si	$63,300
Total		**Afiliados(2)**				$1,228,925	$37,000			$1,228,925	$49,300			$1,228,925	$49,300			$1,228,925	$85,600		$0	$0		$221,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901206646	1	ANCER CONSTRURTOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	VILLAMARIA 2DO SECTOR	Calle 136a # 111a - 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7573874	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-06	655485601	9407132030	E	2020/06/10	2020/06/17	BANCOLOMBIA	7	$221,200

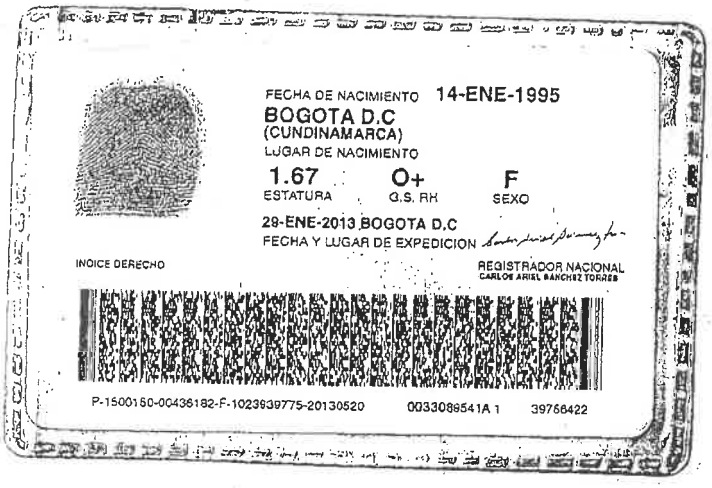
RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$37,000	$0	$0	$37,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$26,400	$0	$0	$26,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$10,600	$0	$0	$10,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$85,600	$0	$0	$85,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$85,600	$0	$0	$85,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$49,300	$0	$0	$49,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	2	$49,300	$0	$0	$49,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$49,300	$0	$0	$49,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$49,300	$0	$0	$49,300
TOTAL				**2**	**$221,200**	**$0**	**$0**	**$221,200**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.939.775
GARZON RAMIREZ
APELLIDOS
XIOMARA GIMENA
NOMBRES
Xiomara Jimena Garzón
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-ENE-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
P-1500160-00436182-F-1023939775-20130520 0033086541A 1 39756422

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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:	0000000001 OBRAS	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C102393977 5	GARZON RAMIREZ XIOMARA GIMENA	19/05/2020		I22736r3	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 18/05/2020 14:09:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

XIOMARA GIMENA GARZON RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.939.775**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 18 de Mayo del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005166312	1|9|0|5|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**		**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GARZON (Primer apellido)	RAMIREZ (Segundo apellido)	XIOMARA (Primer nombre)	GIMENA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1023939775	Femenino ☒ Masculino ☐	1|4|0|1|1|9|9|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia			
CR 100 50 49 BRR BOSA PORVENIR (Dirección)	Telefono fijo	3134563327 (Telefono celular)	XIOMARAGIMENAGARZON@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institucion Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UDO DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO PRUNI SEDES O	NIT	901294259	01

Ubicación				
CL 96 70 91 OF 812 (Dirección)	7441529 (Teléfono)	LICITACIONESPRISMAUNIVERAL@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4005166312

B. REPORTE DE NOVEDADES

48. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|9|0|5|2|0|2|0

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

7. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

Inscripción Trabajador

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
901294259

Dígito de Verificación
1

Sucursal

ANEXOS

¿Va a presentar documentos para acreditar derecho a pago de cuota monetaria? *
Si No

Tipo de Trabajador
a. Trabajador con cónyuge o compañero(a) permanente con hijos de la unión

Tipo de afiliado

Documento de identificación del trabajador
20200616165745535.pdf 21285KB

Documentos de identificación del cónyuge o compañero

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
1023939775

Primer Apellido *
GARZON

Segundo Apellido
RAMIREA

Primer Nombre *
XIOMARA

Segundo Nombre
GIMENA

Correo Electrónico *
asistente@primauniversal.com

Fecha de Expedición *
2013-01-29

Lugar de Expedición *
BOGOTA

Fecha de Nacimiento *
14/01/1995

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Estado Civil *
Soltero

Sexo *
Femenino

Dirección de Correspondencia *
KR 100 50 49
Seleccionar Dirección

Departamento *
Bogotá D.C.

Ciudad *
BOGOTA

Teléfono
7441529

Celular
3134563327

Fecha Inicio de Contrato *
2020-05-19

Total Horas Mes *
240

Tipo de Salario *
Básico - FUO

Salario Básico *
877803

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *
877803

Departamento Sede de Trabajo *
Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *
BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *
SI NO

Trabaja en Otra Empresa *
SI NO

DATOS DE PERSONA(S) A CARGO

PERSONA(S) A CARGO

Registro civil de nacimiento de la persona a cargo
20200616165752851.pdf 16529KB
Fotocopia legible y sin enmendaduras con datos del parentesco

Certificado escolar de plantel educativo
Debidamente aprobado del presente año lectivo, ciclo o semestre en curso, para persona(s) a cargo mayores de 12 años.

Certificado de invalidez o de capacidad física disminuida
Expedido por Medicina Laboral de la Entidad de Salud. (debe llevar logo) o Junta Regional de Calificación de invalidez.

Primer Apellido *
tellez

Segundo Apellido
garzon

Primer Nombre *
danna

Segundo Nombre
salome

Parentesco
Hijo

Tipo de Identificación
Registro Civil

Número de Identificación *
1014485230

Sexo *
Femenino

Fecha de Nacimiento
01/11/2015

Discapacidad *
SI NO

Otro Padre Recibe Cuota Monetaria *
SI NO

Autorizo el Tratamiento de Datos Personales *
SI

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.131.681

BOLAÑOS CRUZ
APELLIDOS

INGRID ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1984
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-ENE-2003 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ PEDRO LOPEZ

A-1904900-50137182-F-0055131081-20050804 01937052 16A 02 165385824

ARL | sura

Medellín, 07 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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:	0000000001 OBRAS	Clase: 5	Porcentajo Cotización:	6,96 %	
C55131681	BOLAÑOS CRUZ INGRID ALEJANDRA	08/05/2020		194Y1462	DEPENDIENTE

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 07/05/2020 15:58:30
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.57.129.161, 172.16.42.57

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) INGRID ALEJANDRA BOLANOS CRUZ identificado(a) con C.C No. 55.131.681, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el dia 11 de mayo del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

PLANILLAS DE PAGO PERSONAL ANTIGUO

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

CONSOLIDADO PERSONAL NUEVO QUE INGRESO EN EL PERIODO MAYO 2020

	EMPRESA	CENTRO DE TRABAJO	TRABAJADOR	CEDULA	CARGO	EXAMEN MEDICO INGRESO
1	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	MENA PALACIOS CARLOS MARIO	1,003,932,556	AYUDANTE	28/01/2020
2	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	MATIZ TORRES JOSE GIOVANY	1,007,614,754	OFICIAL	29/01/2020
3	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	MENA MENA JULIO	1,033,789,264	AUX ADMINISTRATIVA	4/02/2020
4	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	PEREIRA CALDERON RICHARD JOSE	1,049,930,112	OFICIAL	28/01/2020
5	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	DIAZ JULIO YEISON	1,050,955,439	AYUDANTE	4/02/2020
6	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	ALVARADO RUIDIAZ OMAR JESID	1,126,119,523	OFICIAL	28/01/2020
7	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	GUERRERO FLOREZ FRANCISCO DADINSON	11,705,453	AYUDANTE	4/02/2020
8	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	VALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO	11,707,366	OFICIAL	4/02/2020
9	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	MOSQUERA MOSQUERA JUAN DESIDERIO	4,837,625	AYUDANTE	29/02/2020
10	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	AMARIS PALOMINO JOBER ANTONIO	77,132,092	OFICIAL	1/02/2020
11	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	VALOYES VALENCIA LIBARDO	79,722,611	OFICIAL	29/02/2020
12	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	IMPRENTA DISTRITAL	GRANJA PALACIOS VICTOR HUGO	80,871,279	MAESTRO	4/02/2020
13	CONSTRUCCIONES UNIVERSOL	CENTRO MEMORIA PAZ Y RENCONCILIACION	JUAN CARLOS PEREZ DIAZ	79.732.979	OFICIAL DE OBRA	17/02/2019
14	CONSTRUCCIONES UNIVERSOL	CENTRO MEMORIA PAZ Y RENCONCILIACION	EDGAR ALBERTO MARTINEZ TORRES	1.030.643.771	MAESTRO	17/01/2019

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO MAYO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA MAYO
1	SERVISEGURIDAD SAS	GUERRERO CORREDOR HANNER	80,125,709	TRANSVERSAL	AUXILIAR ELECTRICO	1030127590
2	SERVISEGURIDAD SAS	GARZON MARTINEZ CARLOS AUGUSTO	5,893,456	TRANSVERSAL	AUXILIAR ELECTRICO	1030127590
3	SERVISEGURIDAD SAS	PERALTA CASTELLANOS DORANCE	3,019,591	TRANSVERSAL	SUPERVISOR SERVISEGURIDAD	1030127590
4	SERVISEGURIDAD SAS	RUBIO VEGA MAICOL ESTEBAN	1,023,933,050	TRANSVERSAL	AUXILIAR ELECTRICO	1030127590
5	SERVISEGURIDAD SAS	CARLOS ADRIAN RIAÑO ROJAS	79.977.480	TRANSVERSAL	AUXILIAR ELECTRICO	1030127590

Simple

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-05-29, 04:15:04 PM Tipo Planilla: E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. Número Planilla: 1030127590

Periodo Cotización: abril de 2020 Periodo Servicio: mayo de 2020

PAGADO 29/05/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SERVISEGUIND SAS	**Nombre Sucursal**	UNO [redacted] **Código Sucursal** 01
Documento	NI900735574	**Dirección**	CRA 77A 64C 31
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	5475389
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SUAREZ YAMILE XIMENA	**Identificación**	NI 900735574
Total Afiliados	5	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RETP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación
CC 80187757	GUERRERO CORREDOR HAMMER	01	00	X																0	11	11	11	11	(230901) PORVENIR	$ 321.862	$ 51.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 321.862	$ 12.900	6.960	$ 321.862	$ 22.500	(CCF26) COMFACUNDI	$ 321.862	$ 12.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 80[illegible]	CARDON MARTINEZ CARLOS AUGUSTO	01	00	X																0	11	11	11	11	(230901) PORVENIR	$ 321.862	$ 51.500	(EPS009) EPS SANITAS	$ 321.862	$ 12.900	6.960	$ 321.862	$ 22.500	(CCF26) COMFACUNDI	$ 321.862	$ 12.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 80[illegible]	PERALTA CASTELLANOS DOMINGO	01	00	X																0	0	11	11	11	NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 321.862	$ 12.900	6.960	$ 321.862	$ 22.500	(CCF26) COMFACUNDI	$ 321.862	$ 12.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 1018[illegible]	[illegible]	01	00	X																0	11	11	11	11	(230901) PORVENIR	$ 321.862	$ 51.500	(EPS009) EPS SANITAS	$ 321.862	$ 12.900	6.960	$ 321.862	$ 22.500	(CCF26) COMFACUNDI	$ 321.862	$ 12.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
CC 1077[illegible]	CARLOS ADRIAN [illegible]	01	00	X																0	11	11	11	11	(230901) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 321.862	$ 51.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 321.862	$ 12.900	6.960	$ 321.862	$ 22.500	(CCF26) COMFACUNDI	$ 321.862	$ 12.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.287.448	$ 1.609.310	$ 1.609.310	$ 1.609.310	$ 206.000	$ 64.500	$ 112.500	$ 64.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 447.500	$ 1.900	$ 449.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -

¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Pode de la SIMP

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO MAYO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA MAYO
6	TRANSPORTES ERI ROMERO SAS	ROMERO DUQUINO WILMARK ALEJANDRO	79,939,510	TRANSVERSAL	VOLQUETAS	631947910
7	TRANSPORTES ERI ROMERO SAS	ROMERO DUQUINO PEDRO ELKIN	80,133,031	TRANSVERSAL	VOLQUETAS	631947910

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900956883-4	TRANSPORTES ERI ROMERO SAS	CRA 5 BIS 127 A 32	5251958	eri506@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				26	0
2020-05	2020-04	E		42730367	TOTAL A PAGAR	
					$3.952.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	35.200	0		0		0	0	0	0	35.200	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	352.000	0		0		0	0	0	0	352.000	10
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	70.400	0		0		0	0	0	0	70.400	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	36.400	0		0		0	0	0	0	36.400	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	140.800	0		0		0	0	0	0	140.800	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	246.400	0		0		0	0	0	0	246.400	7

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	132.000	0	0	0	0	0	0		132.000	5
230301	Porvenir	800224808-8	396.000	0	0	0	0	0	0		396.000	15
25-14	Colpensiones	900336004-7	132.900	0	0	0	0	0	0		132.900	6

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.529.600				1.529.600	0	0	1.529.600			15.296	1.529.600	26

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	881.200	0	0	881.200	26

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900956883-4	TRANSPORTES ERI ROMERO SAS		CRA 5 BIS 127 A 32	5251958	eri506@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	C - MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	MPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				28	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-04	E		42730367	$3.952.900	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IQE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	881.200	881.200
Pensión	3	660.900	660.900
Riesgos Laborales	1	1.529.600	1.529.600
CCF	1	881.200	881.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	3.952.900	3.952.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900956883-4	TRANSPORTES ERI ROMERO SAS		CRA 5 BIS 127 A 32	5251958	eri506@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	C – MIPYME	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				26	0
2020-05	2020-04	E		2730367	TOTAL A PAGAR	
					$3.952.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Estudiante	Extranjero	Colom. residente	Extranjero	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000935183	CASTELLANOS CABEZAS WILLIAM ALEXANDER	1	0			S															25-14	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS010	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
2	CC	1018406539	RUIZ NIÑO EDUAR ORLANDO	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
3	CC	1018418842	LOZANO MATEUS JOHN FREDY	1	0			S	x														25-14	29.261	900	0	0	0	0	EPS008	29.261	1.200	14-23	29.261	5	2.100	CCF22	29.261	1.200	0	0	0	0	0
4	CC	1020753251	VELOSA TORRES CARLOS ANDRES	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS005	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
5	CC	1020787207	ROMERO TRIANA DIEGO ALDEMAR	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
6	CC	1020801053	ROMERO DUQUINO ANGIE KATHERINE	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS010	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
7	CC	1020823312	CARDENAS CUERVO WILLY ALEXANDER	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS017	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
8	CC	1020842937	ROMERO TRIANA JONATHAN ESTEBAN	1	0			S															25-14	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
9	CC	1020843359	ROMERO QUINTANA DANIEL ALEJANDRO	1	0			S															230201	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
10	CC	1022955516	VALENCIA FISGATIVA MAURICIO	1	0			S															230201	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS017	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
11	CC	1024565933	ARIAS MUÑOZ ERIK STEVEN	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
12	CC	1047359966	CONTRERAS DAZA CARLOS	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS017	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
13	CC	1055228348	MARTINEZ BARRERA RODOLFO	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS017	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
14	CC	1059449230	HURTADO HURTADO FAUSTO	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
15	CC	1073706311	CORTES RODRIGUEZ JONATHAN STEVEN	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS017	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
16	CC	52389088	TRIANA RINCON FLOR MILENA	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
17	CC	79144385	LOPEZ OCHOA JAIME	1	0			S															25-14	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS001	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
18	CC	79697975	MORENO CERON DEIBER	1	0			S															230201	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS005	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
19	CC	[illegible]	ROMERO DUQUINO YULIANA ALEJANDRA	1	0			S															25-14	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS008	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
20	CC	79947940	ROMERO DUQUINO ERI ALDEMAR	1	0			S															230201	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
21	CC	80086401	GARCIA SANTIAGO GABRIEL FELIPE	1	0			S															25-14	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS017	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
22	CC	[illegible]	ROMERO DUQUINO ERICK ELIAS	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
23	CC	81720238	TOCARRUNCHO BERNAL ALFREDO	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS017	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
24	CC	8173111	MORA PORTILLO PERCY MANUEL	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS010	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
25	CC	93296866	CASTRO VILLAMIL FABIAN	1	0			S															230201	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS010	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0
26	PE	843221223111 965	CHIRINOS PARRA SANTOS SOCRATES	1	0			S															230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-23	877.803	5	61.100	CCF22	877.803	35.200	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

750

Compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901294259-1	CONSORCIO PRUNI SEDES 04	CL 98 70 91 OFI 812	7441529	asistente@prismauniversal.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				5	0
2020-05	2020-04	E	[illegible]	[illegible]	TOTAL A PAGAR	
					$1.608.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	120.000	0		0		0	0	0	0	120.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	52.000	0		0		0	0	0	0	52.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	180.000	0		0		0	0	0	0	180.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	135.000	0	0	0	0	0	0		135.000	2
231001	Colfondos	800227940-8	39.000	0	0	0	0	0	0		39.000	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.800	0	0	0	0	0	0		240.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	90.500				90.500	0	0	90.500			905	90.500	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	552.000	0	0	552.000	5

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	552.000	552.000
Pensión	3	414.000	414.000
Riesgos Laborales	1	90.500	90.500
CCF	1	552.000	552.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.608.500	1.608.500

PAGADA 23685

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901294259-1	CONSORCIO PRUNI SEDES 04		CL 98 70 91 OFI 812	7441529	asistente@prismauniversal.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				5	0
2020-05	2020-04	E	14/05/2020	42958587	TOTAL A PAGAR	
					$1.608.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Prima Laboral	Suspensión	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	[illegible]	GOMEZ ALDANA DANIEL FELIPE	1	0		S										X						230301	2.000.000	60.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	60.000	14-11	2.000.000	5	0	CCF21	2.000.000	60.000	0	0	0	0	0
2	CC	[illegible]	CAMARGO GOMEZ MARLOS	1	0		S										X						25-14	3.000.000	90.000	0	0	0	0	EPS001	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	0	CCF21	3.000.000	120.000	0	0	0	0	0
3	CC	[illegible]	RUIZ OCAYA ZORAYA	1	0		S		X														231001	1.300.000	39.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF21	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	[illegible]	FONSECA VARGAS WILLIAM	1	0		S										X						230301	2.500.000	75.000	0	0	0	0	EPS017	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	0	CCF21	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
5	CC	[illegible]	GOMEZ SANCHEZ FREDI	1	0		S										X						25-14	5.000.000	150.000	0	0	0	0	EPS010	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	0	CCF21	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ompensar | miplanilla.com

REPORTE RESUME. E PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	SANDRA LUCIA PARRA JIMENEZ	**NIT:**	52261860
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2020
Número de Radicación:	42794266	**Total a pagar:**	$140,800
Fecha de vencimiento:	31/05/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	20/05/2020	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	631142132
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$4,600
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$26,400
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$109,800
						$140,800

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

753

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO MAYO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA MAYO
13	ASESOR ELECTRICO	VALENCIA SANCHEZ CARLOS ALBERTO	75,064,933	TRANSVERSAL	ASESOR	1029521732

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-05-06, 08:21:13 AM **Tipo Planilla** E **Número Planilla** 1029521732

Periodo Cotización 202004 **Periodo Servicio** 202005

Cliente:

PAGADA 2020-05-06

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGERETIE SAS				
Documento	NI 900735305	**Dirección**	CR 20 #45 A - 08		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6408684		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	VALENCIA SANCHEZ CARLOS ALBERTO	**Identificación**	CC 75064933		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00				S	VALENCIA SANCHEZ CARLOS ALBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																												Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF				Código AFP	Código Trans. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte PSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trans. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 877.803	25-14		3 %	$ 877.803	$ 26.400	$ 0	$ 0	EPS010		4 %	$ 877.803	$ 35.200	$ 0	14-23	5	6.960 %	$ 877.803	$ 61.100	CCF24	4 %	$ 877.803	$ 35.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 26.400	$ 0	$ 0	$ 35.200	$ 61.100	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 157.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

755

	CONSOLIDADO PERSONAL ANTIGUO EN EL PERIODO MAYO 2020					
	EMPRESA	TRABAJADOR	CEDULA	CENTRO DE TRABAJO	CARGO	PLANILLA MAYO
14	ASESOR ESTRUCTURAL	PINILLA RODRIGUEZ JUAN JACABO	80,073,609	TRANSVERSAL	ASESOR	9405343488

DATOS GENERALE... APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80073609		PINILLA RODRIGUEZ JUAN JACOBO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 127 46 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9261776	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	613271711	9405343488	I	2020/05/06	2020/05/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	$216,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	80073609	PINILLA RODRIGUEZ JUAN JACOBO	25-14	30	$1,350,000	$40,500	EPS044	30	$1,350,000	$168,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,350,000	$7,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,350,000	$40,500			$1,350,000	$168,800			$0	$0			$1,350,000	$7,100		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,500	$0	$0	$40,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$40,500	$0	$0	$40,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,100	$0	$0	$7,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,100	$0	$0	$7,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,800	$0	$0	$168,800
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$168,800	$0	$0	$168,800
TOTAL				1	$216,400	$0	$0	$216,400

ANEXO 2 SSTA
PERSONAL NUEVO

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





Calle 78 Sur # 50 - 35

313 541 8798

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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: 0000000001 OBRAS		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C100393255 6	MENA PALACIOS CARLOS MARIO	19/05/2020		r2189y22	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 18/05/2020 18:25:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS MARIO MENA PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.932.556**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 25 de Mayo del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Traslado de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional [X] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

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

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Pensionado [ ]

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

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
MENA	PALACIOS	CARLOS	MARIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento
CC	1003932556		08 09 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$ 877.803	Calle 78 Sur # 50-35			3135418798
	BOGOTA - DC	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	KENNEDY	Cundinamarca

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: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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

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

	25. Tipo 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
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	M	I	Cond. T	A. P	32. Datos de residencia: Dirección / Barrio	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)
Consorcio Peuni Sedes 04	NIT	901.294.259-1	

39. Ubicación				
Calle 98 # 70-91 Of 1C	7441529	auxiliargerencia14@gmail.	Bogota DC	Cundinamarca

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 número de identificación [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Causa [ ] 6. Reactivación en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de otros afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o actividad independiente [ ] 10. Terminación de la relación laboral o actividad independiente [ ] 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 [X] 14. Traslado A. Dentro de la misma EPS [ ] B. Desde otra EPS [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del inicio de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de 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

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

43. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de vínculo de hecho con el cónyuge o compañero(a) permanente
49. Declaración de no información del cotizante cabeza de familia a beneficiarios o afiliados a través de 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 suprima la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades errados o de datos de afiliados vigentes y otros cotizantes que no sean sus beneficiarios o afiliados
52. Autorización para que la EPS suministre datos personales del cotizante o cabeza de familia, 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 mensaje de texto

VIII. FIRMAS

✓	Carlos M Mena	

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad	CC	RC	TI	CE	PA	CD	SC	PE
Cantidad								

Total [ ]

57. Copia del documento de adopción del permanente emitida por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de nacimiento 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. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita de 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 afiliación 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 de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

La afiliación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad

VIGILADO SUPERSALUD

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 28 de 2020 Hora: 10,32

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1003932556 **PACIENTE:** MENA PALACIOS CARLOS MARIO

FECHA NACIMIENTO: Septiembre 08 de 1999 **LUGAR:** CHOCO **EDAD:** 20

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 0 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO AFILIADO **AFP:** PORVENIR
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

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

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

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

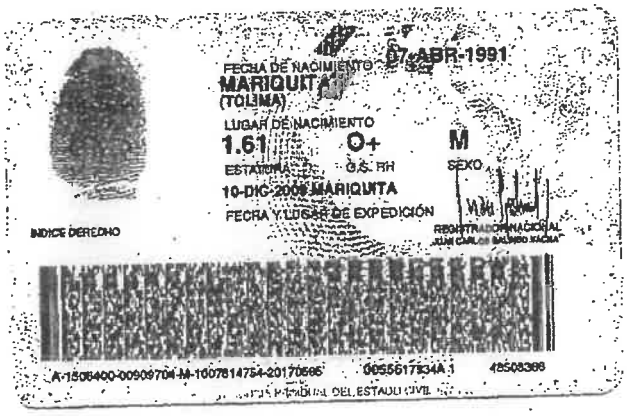
OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Campos S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS [illegible] SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: MENA PALACIOS CARLOS MARIO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1003932556





3213145970

Calle 78 Sur # 80 - 15

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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:	0000000001 OBRAS	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C100761475 4	MATIZ TORERS JOSE GIOVANY	19/05/2020		23312542	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 18/05/2020 18:21:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE GIOVANY MATIZ TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.614.754**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Mayo del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación [X] B. Traslado [X]	A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] B. Cotizante de Pensión [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(Asignado por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
MATIZ	TORRES	JOSE	GIOVANY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.007.614.754	Femenino [ ] Masculino [X]	01 / 10 / 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$ 877.803	Calle 72 Sur # 80-15				3213145970
	BOSA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	KENNEDY	Cundinamarca	

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 (Femenino / Masculino)	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	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 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	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)
CONSORCIO PERUN SERVICIOS SAS	NIT	901.294.259-1	

39. Ubicación					
Calle 98 # 70-91 Piso 8	Tel: 7445129	correo: laboral.consorcio14@gmail.com	BOGOTA	Cundinamarca	

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. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Causa: [ ] 6. Reactivación en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o de pensión [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Variación a otra entidad administradora de régimen contributivo [ ] 12. Desafiliación de una entidad administradora para trasladarse a otra [ ] 13. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [X] 14. Traslado A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del inicio de prórroga de licencia [ ] 17. Reporte de la cuota de Participación [ ] 18. Reporte de la cuota de Participación [ ]

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

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 o afiliados adicionales
47. Declaración de la unión libre o Unión de Hecho del Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de vínculos de carácter mayor a seis meses que impiden el cotejo de los documentos que acreditan la condición de beneficiario
49. Declaración de no afiliación en calidad de cotizante de los beneficiarios o afiliados adicionales de esta misma persona en el Régimen de Subsidios de S.A.S.
50. Autorización para que la información suministrada y copia de la historia clínica sea entregada a cabeza de familia de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS suprima la información que se genere de la obtención o disposición de componentes anatómicos y productos de origen humano, para los efectos previstos en la Ley 1805 de 2016 y el Decreto 1277 de 2017
52. Autorización para que la EPS reenvíe los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de conformidad con 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

VBI. FIRMA

✓ Jorie Matiz Torres

VIII. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CC [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] Cantidad [ ] Total [ ]
57. Copia del documento de propiedad 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, cesación de efectos civiles, nulidad o liquidación de sociedad conyugal o patrimonial, o la de cesación de convivencia y ayuda mutua, o la de 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. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

La afiliación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de los requisitos vigentes de normatividad

eventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 29 de 2020 Hora: 7,34

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1007614754 **PACIENTE:** MATIZ TORRES JOSE GIOVANY

FECHA NACIMIENTO: Abril 07 de 1991 **LUGAR:** MARIQUITA TOLIMA **EDAD:** 28

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 2 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO RECUERDA **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)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO, PLAN EMERGENCIA, RIESGO BIOMECANICO

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 145-15 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANTIAGO CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		Jose Matiz FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: MATIZ TORRES JOSE GIOVANY
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1007614754

ANEXO 4 SSTA
IMPRENTA DISTRITAL

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

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO

OBRA: Planta Distrital	EJECUTOR: Consorcio Prom. Sedes 04
UBICACIÓN DEL TRABAJO: Producción	
DESCRIPCIÓN DE LA TAREA A EJECUTAR: Desmado de estructura, Maquillado de vigas y columnas, encofrado de viga aerea	
FECHA DE INICIO: 19-05-2020	FECHA DE CIERRE: 24-05-2020

ACTIVIDADES CRITICAS A REALIZAR

TRABAJO EN CALIENTE ☐ TRABAJO EN ALTURAS ☑ IZAJE DE CARGAS ☐ MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS ☐

ELEMENTOS, HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR

Andamios	martillo	
Pulverizador	sincel	
Soldadora		

PASOS	PELIGROS POTENCIALES		ACCIONES DE CONTROL	
	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: A (APLICA) NA (NO APLICA)			
1. Traslado en obra	1 Exposición a ruido	X	1. Demarcar y señalizar el área de trabajo	X
2. Acceso y Descenso por Andamio certificado	2. Iluminación inadecuada		2. Solicitar permisos de trabajo	X
3. Armado y Desarmado de andamio	3. Contacto superficies calientes	X	3. Disponer de elementos de protección personal EPP.	X
4. Armado de viga y Columna	4. Deficiencias de ventilación		4. Efectuar conexión a tierra de equipos	
5. Inspección de obra	5. Exposición a vibraciones		5. Equipos y herramientas en buen estado.	X
6- Maquillado de vigas y columnas	6. Proyección de partículas y fragmentos	X	6. Realizar corte de fluidos	
7). Encofrado de viga aerea	7. Mecanismos en movimiento		7. Realizar medición de la concentración de gases en el área	
8. Desarmado de estructura	8. Manejo de herramientas	X	8. Registro físico de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos	X
9. Jornada de orden y aseo	9. Caidas de alturas	X	9. Disponer pantallas protectoras	
	10. Exposición en espacios confinados		10. Inspeccionar áreas adyacentes	
	11. Levantamiento de cargas	X	11.Disponer de sistemas de comunicación	
	12. Caida de objetos	X	12. Informar a todo el personal directo e indirecto en el área de trabajo	X
	13. Atrapamientos por debajo o entre objetos	X	13.Aplicación de procedimientos de trabajo seguro	X
	14. Contacto directo y/o indirecto con electricidad	X	14.Prevenir y/o contener derrames	
	15. Instalaciones eléctricas en mal estado		15. Implantar ventilación mecánica permanente	
	16. Exposición a atmósferas peligrosas y/o químicas		16. Disponer un vigía en el exterior	
	17. Inhalación de gases, vapores, humos y neblinas	X	17. Humedecer con agua el área	
	18. Contacto con materiales o sustancias peligrosas		18.Separar y disponer residuos líquidos	
	19. Explosión y/o incendios		19. Cubrimientos de materiales	X
	20. Emisión de gases explosivos		20. Adecuada disposición de residuos.	
	21. Exposición a vectores transmisores de		21. Equipos de protección caídas adecuados para labor	X
	22. Contaminación biológica		22. Uso de desinfectantes para equipos	
	23. Movimientos repetitivos	X	23.Disponer de sistemas de comunicación	
	24. Posturas inadecuadas de trabajo	X	24. Mantener asegurados y utilizar ayudas mecánicas durante el transporte y almacenamiento de cilindros de gas.	
	25. Exposición a vibraciones		25. Disponibilidad de las hojas de seguridad de los productos químicos MSDS	
	26. Accidente o Incidentes Vehiculares, aéreo y/o fluvial		26. Identificación de los productos químicos	
	27. Movimiento de equipo pesado en el sitio de		27. Almacenamiento correcto de materiales	
	28. Colisión y volcamiento de vehículos		28. Disponer de equipos de extinción del fuego	
	29. Atropellamientos de personas		29. Disponer de puntos de anclaje con resistencia 5000lb	
	30. Superficies lisas, irregulares, húmedas u	X	30. Empleo de sistemas de acceso como escaleras	X
	31. Techos, muros, pisos o paredes en mal estado		31. Empleo de sistemas de acceso como andamios	X
	32. Derrames		32. Empleo de sistemas de acceso como plataformas	
	33. Espacios reducidos de trabajo		33. Otros	
	34. Probabilidad de Lluvia			
	35, Caídas del mismo nivel	X		
	36. Otros			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE CAÍDAS NECESARIOS PARA ESTE TRABAJO.

CRITERIO DE CALIFICACIÓN: CUMPLE (C) NO CUMPLE (NC) NO APLICA (NA)

Mecanismos de anclaje		Mosquetones		Descendedor ocho	
Puntos de anclaje	X	Eslinga para restricción		Descendedor Jumar	
Líneas de vida horizontal cable		Eslinga para posicionamiento		Troll (frenos)	
Líneas de vida horizontal cuerda		Eslinga para detención	X X	Poleas	
Líneas de vida vertical cable		Arnés integral de seguridad	X	Otros	
Líneas de vida vertical cuerda		Cuerda			

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO PRUMSEDES 04

OBRA: Imprenta Distrital

EJECUTOR: Consorcio Prumsedes 04

UBICACIÓN DEL TRABAJO: Area de producción

DESCRIPCIÓN DE LA TAREA A EJECUTAR: Demolición de muro, Armado de viga, Maquillado de vigas y columnas, Corte de piso con pulidora, Demolición de piso

FECHA DE INICIO: 25-05-2020

FECHA DE CIERRE: 31-05-2020

ACTIVIDADES CRITICAS A REALIZAR

TRABAJO EN CALIENTE ☐ TRABAJO EN ALTURAS ☒ IZAJE DE CARGAS ☐ MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS: ☐

ELEMENTOS, HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR

maceta	martillo	barra
steel	carretilla	pulidora
pichirope	pala	

PASOS	PELIGROS POTENCIALES		ACCIONES DE CONTROL	
	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: A (APLICA) NA (NO APLICA)			
1. Traslados a obra	1 Exposición a ruido	X	1. Demarcar y señalizar el área de trabajo	X
2. Demolición de muro con taladro demoledor	2. Iluminación inadecuada		2. Solicitar permisos de trabajo	X
3. Maquillado de vigas y columnas	3. Contacto superficies calientes	X	3. Disponer de elementos de protección personal EPP.	X
4. Armado de viga aerea	4. Deficiencias de ventilación		4. Efectuar conexión a tierra de equipos	
5. Corte de piso con pulidora	5. Exposición a vibraciones	X	5. Equipos y herramientas en buen estado.	X
6. Traslado de escombros con carretilla al acopio provisional	6. Proyección de partículas y fragmentos	X	6. Realizar corte de fluidos	
7. Inspecciones a obra	7. Mecanismos en movimiento	X	7. Realizar medición de la concentración de gases en el área	
8. Ascensos y descensos por andamio certificado	8. Manejo de herramientas	X	8. Registro físico de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos	X
9. Armado y desarmado de Andamio	9. Caidas de alturas	X	9. Disponer pantallas protectoras	
10. Jornadas de orden y aseo	10. Exposición en espacios confinados		10. Inspeccionar áreas adyacentes	
	11. Levantamiento de cargas	X	11. Disponer de sistemas de comunicación	
	12. Caida de objetos	X	12. Informar a todo el personal directo e indirecto en el área de trabajo	
	13. Atrapamientos por debajo o entre objetos	X	13. Aplicación de procedimientos de trabajo seguro	X
	14. Contacto directo y/o indirecto con electricidad	X	14. Prevenir y/o contener derrames	
	15. Instalaciones eléctricas en mal estado	X	15. Implantar ventilación mecánica permanente	
	16. Exposición a atmósferas peligrosas y/o químicas		16. Disponer un vigía en el exterior	
	17. Inhalación de gases, vapores, humos y neblinas	X	17. Humedecer con agua el área	
	18. Contacto con materiales o sustancias peligrosas		18. Separar y disponer residuos líquidos	
	19. Explosión y/o incendios		19. Cubrimientos de materiales	X
	20. Emisión de gases explosivos		20. Adecuada disposición de residuos.	X
	21. Exposición a vectores transmisores de		21. Equipos de protección caídas adecuados para labor	X
	22. Contaminación biológica		22. Uso de desinfectantes para equipos	
	23. Movimientos repetitivos	X	23. Disponer de sistemas de comunicación	
	24. Posturas inadecuadas de trabajo	X	24. Mantener asegurados y utilizar ayudas mecánicas durante el transporte y almacenamiento de cilindros de gas.	
	25. Exposición a vibraciones	X	25. Disponibilidad de las hojas de seguridad de los productos químicos MSDS	
	26. Accidente o Incidentes Vehiculares, aéreo y/o fluvial		26. Identificación de los productos químicos	
	27. Movimiento de equipo pesado en el sitio de		27. Almacenamiento correcto de materiales	
	28. Colisión y volcamiento de vehículos		28. Disponer de equipos de extinción del fuego	
	29. Atropellamientos de personas		29. Disponer de puntos de anclaje con resistencia 5000lb	
	30. Superficies lisas, irregulares, húmedas u	X	30. Empleo de sistemas de acceso como escaleras	X
	31. Techos, muros, pisos o paredes en mal estado		31. Empleo de sistemas de acceso como andamios	X
	32. Derrames		32. Empleo de sistemas de acceso como plataformas	
	33. Espacios reducidos de trabajo		33. Otros	
	34. Probabilidad de Lluvia	X		
	35, Caidas del mismo nivel	X		
	36. Otros			

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE CAÍDAS NECESARIOS PARA ESTE TRABAJO.

CRITERIO DE CALIFICACIÓN: CUMPLE (C) NO CUMPLE (NC) NO APLICA (NA)

Mecanismos de anclaje		Mosquetones			Descendedor ocho		
Puntos de anclaje	X	Eslinga para restricción	X		Descendedor Jumar		
Lineas de vida horizontal cable		Eslinga para posicionamiento		X	Troll (frenos)		
Lineas de vida horizontal cuerda		Eslinga para detención	X		Poleas		
Lineas de vida vertical cable		Arnés integral de seguridad	X		Otros		
Lineas de vida vertical cuerda		Cuerda					

	FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN
Ciudad,Obra y Fecha	Bogotá, Impacta Distrital 19-05-2020
Nombre del Curso de Formación:	Socialización Protocolo de Bioseguridad
Tipo de evento:	Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ Divulgación: ☐ Capacitación: ☒
Horario: Inicio	12:00 PM Fin 2:00 PM
Formador a cargo:	William Fonseca Vargas

Capacitacion y Entrenamiento
CONSORCIO PRUNI SEDES 04

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	1023933050	Maicol Rubio	Electrico	
2	79.977480	Carlos Riaño	Electricista	
3	5'893'456	Carlos Bayona	Electricista	
4	80125909	HANNER GUERRERO	ELECTRICISTA	
5	3019551	Dorance Muñoz	Electricista	
6	77132092	Javier Amaris	Hierro	
7	1049930112	Richard José Pineda L	Aprendiz	
8	4837625	Juan Mosquera	Ayudante	
9	1003932556	Carlos MENA	AYT	
10	1033789264	Jairo Mena	Ayudante	
11	1007614754	Jose Giovanny MATIZ	oficial	JOSE MATIZ
12	79722677	Libardo Valbuena	OFICIAL	
13	80871749	Victor Hugo Gonzalez	Oficial	
14	1023939775	Simona Garcia	ASEO	Simona G.
15	11707266	Jose Nolo Yes	oficial	
16	1170543	Francisco Guerrero	AUX	
17	1126119523	Omar Alvarado B	Almacenista	
18	1050955439	Yeison Ortiz Toro	Ayudante	Yeison Ot.
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

	FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN	
Ciudad,Obra y Fecha	Bogotá. Imprenta Distrital 20-05-2020	Capacitacion y Entrenamiento CONSORCIO PRUNI SEDES 04
Nombre del Curso de Formación:	Protocolo de Ingreso Protocolo de desinfección, Protocolo de lavado de manos	
Tipo de evento:	Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ Divulgación: ☒ Capacitación: ☐	
Horario: Inicio	10:00 Fin 10:30 AM	
Formador a cargo:	William Rojas Vargas	

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	1073929775	Gimena Garzon	ASEO	Gimena G.
2	[illegible]			
3	80[illegible]1124	Victor Hugo	[illegible]	
4	1007[illegible]254	Jose Gregory Matiz	Oficial	Jose Matiz
5	4837625	Jhon Mosquera	Aduacero	
6	11705453	Francisco Guerrero	[illegible]	
7	1126119523	Omar Alvarado R	Almacenista	
8	11708766	Jose Valoye S	OFICIAL	
9	1003[illegible]586	Carlos Mena	[illegible]	
10	77132092	Jaider Arango	Albañil	
11	1053789264	Julio Mena	Ayudante	
12	1070933434	Yolson Dayt Julio	Ayudante	
13	1.049.930.112	Richard José Pena	[illegible]	
14	80125909	Hanner Guerrero	ELECTRICISTA	
15	79792674	Libardo Valoye	O.E.	
16	5893456	Carlos Garzon	DPC	
17	1023933050	Marcol Bello C	DPC	
18	3.019.592	Duvan Peralta C	Electricista DPC.	
19	79977480	Carlos Riaño	Electricista	
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

	FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN	
Ciudad,Obra y Fecha	Bogota, Imperio Distrital 21-05-2020	Capacitacion y Entrenamiento CONSORCIO PRUNI SEDES 04
Nombre del Curso de Formación:	Recomendaciones prevención del COVID-19/Intervento A.C.	
Tipo de evento:	Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ ivulgación: ☒ pacitación: ☐	
Horario: Inicio	9:50 AM Fin 10:20 AM	
Formador a cargo:	Willia Fonseca / Fernando Aguirre / Juan Carlos Briceño	

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	55.131681	Alejandra Bolaños Cruz	Residente Técnico	
2	1018490030	Daniel Felipe Gomez Aldana	Aux. de Ingeniería	
3	74389.138	Juan Carlos Briceño	Aux de SST	
4	11827768	FERNANDO AGUIRRE	RESIDENTE INTERVENTOR	
5	1054460148	Jose Abelino Narvaez	Inspector de Interventoria	
6	112 6119523	Omar Alvarado	Almacenista	
7	1.049.932.112	Richard Jair Rovira C.	Oficios Electricista	
8	79977480	Carlos A. Riaño		
9	80125709	HANNER GUERRERO	ELECTRICISTA	
10	1023933050	Maicol Rubio	Electrico	
11	1033892644	Julio Neva	Ayudante	
12	79722 67781	Libardo Valoye	OFICIO	
13	4837675	Juanmosquera	Ayudante	
14	1067124754	JOSE GREGORIO MATTA	Oficial	
15	1003932566	CARLOS MENA	Hxa	
16	11 705 45	FRANCISCO GUERRA	AUX	
17	1033935454	Carlos Andres Jaimes	Aux	
18	1170370366	Jose Valoyes	oficial	
19	80871279	Victor Hugo C. D.	Mampostero	
20	77132097	Jose Duarte	Herrero	
21	5693456		DPC	
22	1023939775	Gimena Garzón	ASEO PRUNI	
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN

Capacitadon y Entrenamiento
CONSORCIO PRUNI SEDES 04

Ciudad,Obra y Fecha: Bogotá, Infraestructura 22-05-2020

Nombre del Curso de Formación: Protocolo de Ingreso y Salida de Casa

Tipo de evento: Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ Divulgación: ☐ Capacitación: ☐

Horario: Inicio 10:00 Fin 10:30 AM

Formador a cargo: Willie Rocca Vargas

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	79977480	Carlos Adnan Riaño	Electricista	
2	80125709	HANNER GUERRERO	ELECTRICISTA	HANNER G.
3	5'893.456	Carlos A garzon	DPC	
4	79722671	L. bordo Valoye	OFI	
5	1023933050	Marcos Rubio	Electrico.	
6	80571241	VICTOR HUGO S.P.		
7	1.019.920.111	Richard José Fuentes C.		
8	1007 614 747	JOSE GIOVANY MATTA	oficial	JOSE MATTA
9	1.705.453	FRANCISCO ARMIJO	AUX	
10	4837625	JUAN MOSQUERA	AYUDANTE	
11	1003432556	CARLOS MEJIA	AY	
12	1170726	JOSE VALOYE	OFICIAL	
13	1033789264	JULIO MENA	AYUDANTE	
14	77152092	JAVIER MURILLO	HIERRO	JAVIER MURILLO
15	1050955489	YERSON DIAZ JULIO	AYUDANTE	YERSON DJ
16	1126119523	Omar Alvarado B	Almacenista	
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

	FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN
Ciudad,Obra y Fecha	Bogotá, Tipata Distrital, 23-05-2020
Nombre del Curso de Formación:	Protocolo de Desinfección de Vehículos que Ingresan
Tipo de evento:	Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ ivulgación: ☒ pacitación: ☐
Horario: Inicio	7:00 Fin 7:30 AM
Formador a cargo:	Willa Fosca Vays

Capacitacion y Entrenamiento CONSORCIO PRUNI SEDES 04

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	80125909	HANNER GUERRERO	ELECTRICISTA	HANNER
2	79977480	Carlos A Riaño	Electricista	
3	79729678	Libardo Valoyes	OF	
4	1023932556	Carlos Mena	AY	
5	1023933050	Marcol Rubio	Electrico	
6	4837675	Juan Mosquera	Ayudante	
7	1033889264	Jorio Mora	Ayudante	
8	1.049.931.[illegible]	Richard José Pereira	oficial	
9	77132092	Javier Amaris	Herrero	Javier Amaris
10	1007614754	Jose Gregorio Matiz	oficial	Jose Matiz
11	[illegible]	Victor Ortiz O. J.	Mto Estructura	
12	1025139775	Gimena Garzón	Pruni	
13	5093456	Carlos Gaytan	PPC	
14	11705453	Francisco Cuervo	Acx	
15	11707366	Jose Vazquez	oficial	
16	1126119523	Omar Alvarado R	Almacenista	Omar
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

	FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN
Ciudad,Obra y Fecha	Bogotá, Infraestructura 25-05-2020
Nombre del Curso de Formación:	Gimnasia Laboral
Tipo de evento:	Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ Divulgación: ☐ Capacitación: ☐
Horario: Inicio 7:00	Fin 7:30
Formador a cargo:	Wilber Fonseca Vargas.

Capacitacion y Entrenamiento
CONSORCIO PRUNI SEDES 04

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	79729644	Libardo Valoye	OF. A	
2	1020343556	Carlos Mena	4x4	
3	80872[illegible]	Victor Hugo C.P.	maestro	
4	4837625	Juan Mosquera	Ayudante	
5	11705453	Francisco Guevara	Aux	
6	1007644754	Jose Bayony Matta	Oficial.	
7	1.107.266	Jose Valoyes	oficial	
8	1050955404	Yeison Bora	Maquinista	
9	1033784264	Tulio Mena	Ayudante	
10	1.049.920112	Richard Jair Pereira L	oficial	
11	1023939775	Elmer Garzón	AUX OFIC	
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN

Capacitacion y Entrenamiento
CONSORCIO PRUNI SEDES 04

Ciudad,Obra y Fecha: Bogotá, Puente Aranda 26-05-2020

Nombre del Curso de Formación: Enfermedades de origen laboral

Tipo de evento: Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ Divulgación: ☒ Capacitación: ☐

Horario: Inicio 7:00 Fin 7:30

Formador a cargo: Willy Rojas Vargas

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	1073933050	Maicol Rubio	Electricista	
2	80 RS 709	HANNER GUERRERO	ELECTRICISTA	HANNER
3	[illegible]	Victor Hugo P. D.	maestro	
4	79792694	Libardo Valoyes	oficial	
5	1193789264	Jairo Mena	Ayudante	
6	1033432556	Carlos Mena	Hz	
7	Javier Arias			
8	77132092	Javier Arias	HERRERO	
9	5893456	Carlos Yepes	DPC	
10	79977480	Carlos A Riaño	DPC	
11	11707366	Jose Valoyes	oficial	
12	1073939725	Gimena Garzón	AUX ASEO	Gimena G.
13	1126119523	Omar Alvarado R	Almacenista	
14	1018980030	Daniel Gomez Aldana	Auxiliar de ingeniería	Daniel Gomez
15	1033965439	Yeison Diaz Tuta	Ayudante	Yeison
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

	FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN	
Ciudad,Obra y Fecha	Bogotá, Impacta Digital 27-05-2020	Capacitacion y Entrenamiento CONSORCIO PRUNI SEDES 04
Nombre del Curso de Formación:	Procedimiento a seguir en caso de presentarse un caso	
Tipo de evento:	Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ ivulgación: ☑ pacitación: ☐ de Covid,	
Horario: Inicio 7:00	Fin 7:30	
Formador a cargo:	William Rocca Vargas	

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	1005432556	Carlos Mena	AY	
2	1033784[illegible]	Julio Mena	AY	
3	79722677[illegible]	Lobardo Valoye	OF	
4	77132092	Jose Amanis	Herrero	
5	1050953489	Yeison Dom Julio	Ayudante	
6	11704366	Jose Valoyes	Oficial	
7	[illegible]	Victor Hugo G. D.	Mae [illegible]	
8	117.611523	Omar Alvarado B	Almacenista	
9	1023933050	Maicol Rubio	Electrico	
10	80125709	Hanner Guerrero	Electricista	
11	5'893.457	[illegible]	OFC	
12	79977480	Carlos A Rioto	DPC	
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN

Ciudad,Obra y Fecha: Bogotá, Impacto Distrital 28-05-2020

Nombre del Curso de Formación: Protocolo en caso de confirmación para reportarlo

Capacitacion y Entrenamiento CONSORCIO PRUNI SEDES 04

Tipo de evento: Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ Divulgación: ☐ Capacitación: ☒

Horario: Inicio 7:00 Fin 7:30 PM

Formador a cargo: William Fonseca

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	80[illegible]1244	Victor [illegible]	[illegible]	
2	11707366	Jose Valoyes	oficial	
3	19[illegible]2269	Libardo Valoye	ofi	
4	1003435[illegible]	Cristian Mena	HY	
5	1033784264	Julio Meana	Ayudante	
6	77132092	Javier Ruanis	Herrero	
7	1126119523	Omar Alvarado R	Almacen	
8	1[illegible]955423	Yeison Dorado	Ayudante	
9	1023939775	Gimena Garzón	Oficios	
10	1014[illegible]35	Yeison Padilla K.	contratista	
11	74826.234	James Padilla	contratista	
12	76.307.318	Victor Javier Cordoba	Contratista	
13	79-410537.	Jairo Alberto Jimenez Pardo	Contratista.	
14	80125709	HANNER GUERRERO	ELECTRICISTA	HANNER G
15	79977480	Carlos A. Riaño	Electricista	
16	1023933050	Maicol Rubio	Electricista	
17	5'893.456	Bonfaz A garzon	DPG	
18	1018980030	Daniel Felipe Gomez Aldana	Auxiliar Ingenieria	Daniel Gom
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

	FORMATO ASISTENCIA EVENTOS DE FORMACIÓN
Ciudad,Obra y Fecha	Bogotá, Zipaquirá distrito, 30-05-2020
Nombre del Curso de Formación:	Uso de APP; Áreas de Cumplimiento de Bioseguridad
Tipo de evento:	Re-inducción: ☐ Charla de minutos: ☐ ivulgación: ☐ pacitación: ☐
Horario: Inicio 7:00	Fin 7:30
Formador a cargo:	Willian Robert Vargas

Capacitacion y Entrenamiento CONSORCIO PRUNI SEDES 04

No.	Cedula	Nombres y apellidos	Cargo	Firma
1	80875824	Victor Hugo Diaz	Maestro	
2	11707266	Jorge Vedoyes	Oficial	
3	1057789264	Julio Mena	Ayudante	
4	1069388558	Carlos Alberto	HVU	
5	79492647	Libardo Valoyes	Oficial	
6	77132097	Javier Arrieta	Herrero	
7	1065955437	Yaicon Dimas Julio	Ayudante	
8	79977480	Carlos H. Riaño	Electricista	
9	80125709	Hanner Guerrero	Electricista	
10	1023933050	Maicol Rubio	Electricista	
11	1126119575	Omar Alvarado R.	Almacenista	
12	5'893656	Carlos Garcia	DPC	
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

NOTA: LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO RATIFICA LA ASISTENCIA Y QUE LO EXPUESTO EN ESTA CAPACITACIÓN FUE ENTENDIDO Y COMPRENDIDO POR LOS PARTICIPANTES.

OBERVACIONES:	

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 / INGENIA / UNIVERSAL BC S.A.S	INSPECCIÓN DE BOTIQUINES Y CAMILLAS

Fecha:	29-05-2020								
Ubicación del botiquin	Campamento				**Ubicación de la camilla**	Area Kodak			
Marque con una X según las condiciones observadas:									
El botiquin se encuentra en un lugar visible?	SI	X	NO		**El botiquín se encuentra libre de obstáculos?**	SI	X	NO	
El botiquin se encuentra señalizado?	SI	X	NO		**El botiquín es portátil?**	SI	X	NO	

Bueno	**B**	-	**Regular**	**R**	-	**Malo**	**M**

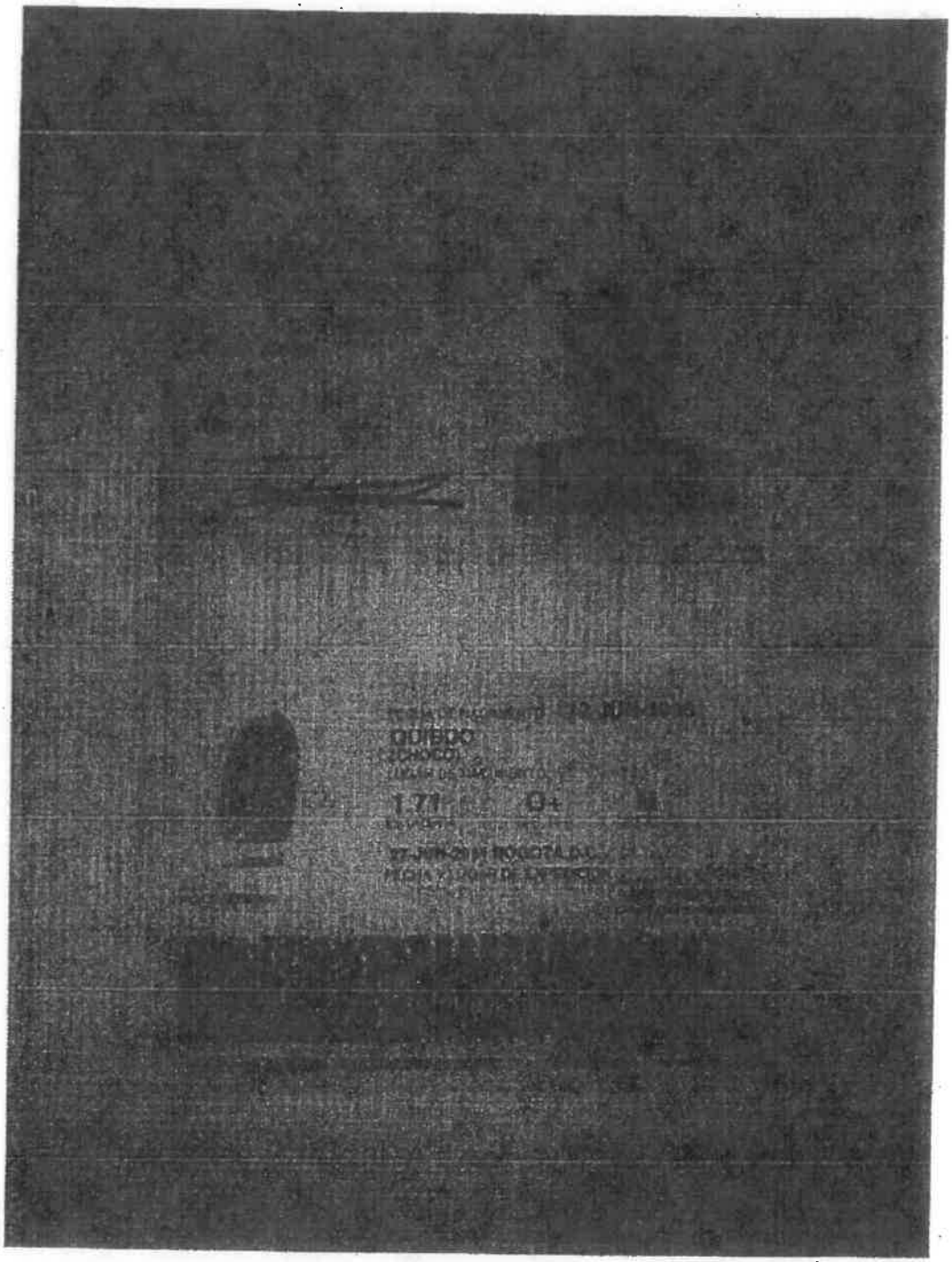
INSPECCIÓN DE BOTIQUINES

	Descripción del elemento del botiquín de primeros auxilios	B	R	M	No tiene	Cantidad	Observaciones
1	Estado del botiquín	✓					
2	Manual uso de botiquín	✓					
3	Collar cervical	✓					
4	Guantes de látex / nitrilo	✓					
5	Lodopovidona solución	✓					
6	Suero fisiologico	✓					
7	Gasa estéril	✓					
8	Aposito de algodón esteril	✓					
9	Venda triangular tipo cabestrillo	✓					
10	Venda de algodón	✓					
11	Venda elástica	✓					
12	Tapabocas	✓					
13	Esparadrapo de tela	✓					
14	Esparadrapo micropore	✓					
15	Aplicadores de algodón	✓					
16	Curas	✓					
17	Bajalenguas	✓					
18	Parches oculares	✓					
19	Termometro	✓					
20	Linterna	✓					
21	Tijera antitrauma	✓					
22							
23							
24							
25							

INSPECCIÓN DE CAMILLA

	Descripción del elemento	B	R	M	No tiene	Observaciones
1	Instalación (Sitio de ubicación)	✓				
2	Señalización	✓				
3	Estado del soporte	✓				
4	Correas de seguridad	✓				
5	Sugetadores para agarre	✓				
6	Juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior	✓				

Elaboró:	
Nombre:	William Fonseca
Firma:	
Cargo:	Residente SST



Calle 78 Sur # 50-35

313 541 8798

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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: 0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C103378926	MENA MENA JULIO 4	19/05/2020		25417612	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 18/05/2020 18:18:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

INTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JULIO MENA MENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.789.264**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Mayo del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectivo; C. Institucional; D. Oficio
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente C. Pensionado
Código (uso exclusivo de la EPS)

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

AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: MENA; Segundo Apellido: MENA; Primer Nombre: JULIO; Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1.033.789.264
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 12 06 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ]; Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA
16. Administradora de pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 837.803
18. Residencia: CALLE 32 SUR # 2-26; Teléfono: 7441529; Celular: 3103254663
Correo electrónico: auxiliargerencia14@gmail.com
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Barrio: BOQUIS; Localidad: KENNEDY; Ciudad/Municipio: CUNDINAMARCA

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: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

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

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

	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono 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: Consorcio PRUNI SEDES 04
36. Tipo de documento de Identificación: NIT
37. Número del documento de Identificación: 901.244.259-1
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cll 98 # 70-91 Bl C; Teléfono: 7441529; Correo electrónico: asistente@prismaonwork.com; Ciudad/Municipio: Bogotá; Departamento: Cundinamarca

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 corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 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 independiente de cotizante para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o finalización de la condición de cotizante para dejar de cotizar [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para recaudar aportes como EOC [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para recaudar aportes como EOC [ ] 13. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado A. Hacia Régimen [ ] B. Dirección Régimen [ ] 15. Reporte de Nacimiento [ ] 16. Reporte de Defunción [ ] 17. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad
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 o afiliados adicionales
47. Declaración de la no cotización - Cotizante, Empleador de Excepción
48. Declaración de excepción de aportes de nómina según lo establecido en el parágrafo de los artículos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de la información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS consulte y entregue datos y copias 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 vigente y a las entidades públicas que para sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS consulte 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. Autorizo de manera que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [CC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] Cantidad: Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia
62. Copia del documento en que conste 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 SISBEN: Número de la Ficha; Puntaje; Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES:

Vigilado Supersalud

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

preventsalud IPS SAS
Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28
Licencia IPS Resolución No 10519 de 24/08/2017
Nit: 900540214-0



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1 Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,08

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1033789264 **PACIENTE:** MENA MENA JULIO

FECHA NACIMIENTO: Junio 12 de 1996 **LUGAR:** QUIBDO **EDAD:** 23

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 1 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO AFILIADO **AFP:** PORVENIR
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

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

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora

arriba certificado mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M./4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 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: MENA MENA JULIO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1033789264





Cra 88 # 30 Sur # 80

3104935458

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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: 0000000001 OBRAS		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C104993011 2	PEREIRA CALDERON RICHARD JOSE	19/05/2020		9N11dJ12	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 18/05/2020 18:15:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RICHARD JOSE PEREIRA CALDERON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.930.112**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Mayo del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2020

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1049930112
NOMBRES Y APELLIDOS	Pereira Calderon,Richard Jose
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Pereira Calderon,Richard Jose, a los 08 días del mes de junio del año 2020.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1 Bogotà, Enero 28 de 2020 Hora: 8,07

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1049930112 **PACIENTE:** PEREIRA CALDERON RICHARD JOSE

FECHA NACIMIENTO: Septiembre 13 de 1988 **LUGAR:** MARIA LA BAJA **EDAD:** 31

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 0 **SEXO:** FEMENINO

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04
EPS: SANITAS
ARL: SURATEP
CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EMPRESA MISIÓN: NO APLICA
ACT.ECONÓMICA:
AFP: NO RECUERDA

EXAMENES PARACLINICOS

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

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

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Cuervo S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolucion 753 18 de Enero del 2019		
CARLOS ANTONIO CUERVO SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: PEREIRA CALDERON RICHARD JOSE
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1049930112



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.050.955.439
DIAZ JULIO
APELLIDOS
YEISON
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1990
MARIA LA BAJA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-ENE-2009 TURBACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0504000-00368717-M-1050955439-20161129 0052378113A 1 47205616

Calle 1 Bis # 87-80
300 4801548

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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: 0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C1050955439	DIAZ JULIO YEISON	19/05/2020		4319149E	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 18/05/2020 18:13:25.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ JULIO YEISON** identificado(a) con **CC** número **1.050.955.439** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de noviembre de 2017 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 25 de mayo de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

202005251429

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

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 830.053.994-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicado

Fecha de Radicación D D M M A A A A

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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 [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres
Primer apellido: DIAZ | Segundo apellido: JULIO | Primer nombre: YEISON | Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1.050.955.439
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 0 1 | 1 0 | 1 9 9 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de Pensiones: PROTECCION S.A.
17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 877.803
18. Residencia: Dirección: Calle 1 Bis # 87-30 | Teléfono fijo: | Teléfono celular: 3004801598 | Correo electrónico: avilaingeniera14@gmail.com
Municipio/Distrito: BOGOTA DC | Zona: Urbana [ ] Rural [X] | Departamento: | Localidad/Comuna: Ciudad Bermeo

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: 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: 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 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		
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: CONSORCIO PZVNI SEDESO
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901.294.259 - 1
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: Cl 98 # 70-91 OFC 612 | Teléfono: 7441529 | Correo electrónico: asistente@prismaingenieria.com | Municipio/Distrito: Bogotá | Departamento: Cundinamarca

- 2a. COPIA: AFILIADO -

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1 Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,05

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 1050955439 **PACIENTE:** DIAZ JULIO YEISON

FECHA NACIMIENTO: Agosto 03 de 1990 **LUGAR:** MARIA BAJA **EDAD:** 29

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 1 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: SURA **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: SURA **AFP:** NO RECUERDA
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

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

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Recomendaciones Dietarias
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

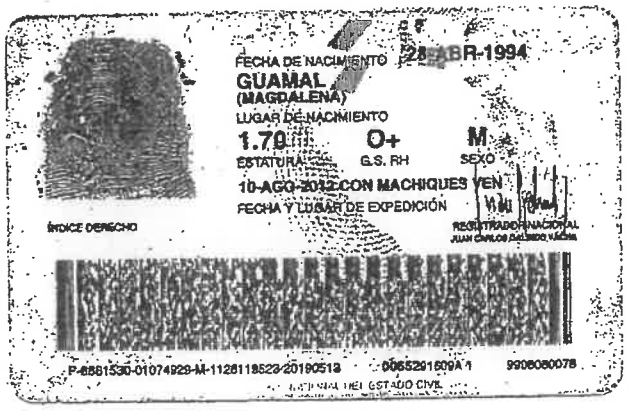
OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M.C. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ARTURO CUENCA SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		Yeison Diaz Julio FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: DIAZ JULIO YEISON
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 1050955439





Cra 81 J#57 A - 35 Suv

3126646246

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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: 0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C112611952 3	ALVARADO RUIDIAZ OMAR JESID	19/05/2020		41572202	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 18/05/2020 18:23:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OMAR JESID ALVARADO RUIDIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.126.119.523**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Mayo del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o adicional [ ] C. Independiente [ ] D. Pensionado [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (uso exclusivo de la EPS): [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
ALVARADO	RUIDIAZ	OMAR	JESID

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino / Masculino	10. Fecha de nacimiento
CC	1.126.119.523	[ ] / [X]	28 / 04 / 1994

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Código)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	PROVENIR

17. Ingreso base de cotización IBC	18. Residencia				
3.877.803	CRA 81J # 53A-35 SUR				3126646246
	BOGOTA DC	Zona Urbana [X] Rural [ ]	KENNEDY	Cundinamarca	

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 Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento
		[ ] / [ ]	

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

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

	25. Tipo 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
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Código 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 (asignado por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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 (asignado por la EPS)
CONSORCIO PRONI SEBEJO 04	NIT	901.294.259-7	

39. Ubicación					
Calle 93 # 70-91	Of 502	7441529	auxiliargerencia14@gmail.com	BOGOTA DC	Cundinamarca

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 identificación [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Causa [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Traslado de beneficiarios a otra EPS [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para cotizar [ ] 11. Terminación de la relación laboral para el empleador [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas [ ] 14. Traslado A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [X] 15. Traslado A. Mismo régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento [ ] 17. Reporte del inicio de prestación de servicios [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 19. 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

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de pertenencia o residencia de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no afiliación de afiliado a Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de residencia en caso de ser turista o no residente que requiera la atención de los servicios que garantiza la condición de beneficiario
49. Declaración de no información de la cotizante cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS realice el cruce y cargue 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 que se genere de la atención del régimen de excepción a la base de datos de afiliados especiales y a las entidades públicas que por ley lo exijan o requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o del cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la política de 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 medio de prueba

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

54. Copia (copias) del documento de identidad	CC	RC	TI	CE	PA	SC	CD	NE
Cantidad								

Total [ ]

57. Copia del Reclamo de escritura del primer acto emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la sentencia judicial 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. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración emitida 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. Certificados de vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliados colectivos
65. 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

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

La afiliación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad

VIGILADO SUPERSALUD

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE:INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 28 de 2020 Hora: 7,38

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN:1126119523 **PACIENTE:** ALVARADO RUIDAZ OMAR JESID

FECHA NACIMIENTO: Abril 28 de 1994 **LUGAR:** GUAMAL **EDAD:** 25

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 3 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **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)

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

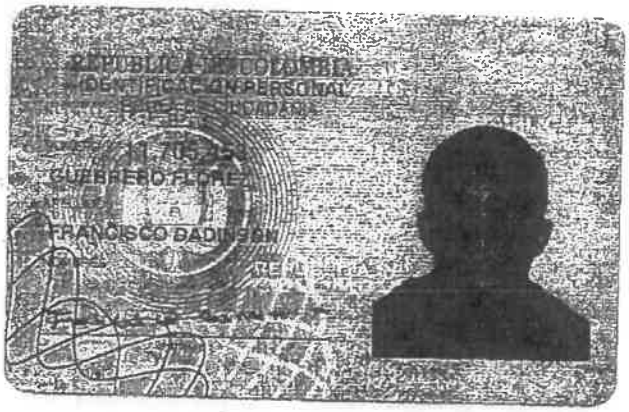
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
RECOMENDACION DIETARÍAS BAJA EN CARBOHIDRATOS(AZUCARES)LIPIDOS (GRASAS)
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad Ocupacional y Ambiental Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: ALVARADO RUIDAZ OMAR JESID
LICENCIA : RESOLUCION 753		CEDULA: 1126119523





Cra 16 A # 63 B #37 Sur

3103254663

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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:	0000000001 OBRAS	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C11705453	GUERRERO FLOREZ FRANCISCO DADISON	19/05/2020		169200X1	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 18/05/2020 18:19:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 25 de mayo de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

202005251432

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación [X]	A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	(a registrar por la EPS)
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional C. Institucional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	D. Independiente [ ]	
	D. Oficio		C. Beneficiario	E. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del 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 Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento
CC	11.705.453		10 / 01 / 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo / Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$ 877.804	CRA. 16A # 63A - 37 Urb			3103254663
	BOGOTA	Zona Urbana [X] Rural [ ]	ANTONIO NARIÑO	Cundinamarca

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 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
01				
02				
03				
04				
05				

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

	31. Discapacidad Tipo F	M	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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)
A		
B		
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. 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)
CONSORCIO PRUNI SEDESBOY	NIT	901.290.259-1	

39. Ubicación					
Clle. 98 # 70-91	Otc 812	7441529	auxiliaregerencia14@gmail.com	BOGOTA	Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Actualización de datos [ ] 2. Corrección de datos [ ] 3. Actualización de documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos simultáneos [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Traslado de beneficiario o afiliado adicional [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales [ ] 9. Información complementaria al cotizante de cónyuge o compañero(a) [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de la condición de pensionado [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliados colectivos [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para recibir afiliados colectivos [ ] 13. Novedad A Régimen Contributivo [ ] 14. Traslado A Mismo Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ]
16. Reporte de traslado de pensionado al exterior [ ] 17. Reporte de la calidad de 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

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaro bajo gravedad de juramento que los datos aquí consignados son ciertos.
47. El traslado de la modalidad de afiliado 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.
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional a otra Entidad Promotora de Salud.
50. Autorización para que la EPS valide y obtenga datos y copia de la historia clínica cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS suprima la información que se genere de la relación de prestación de servicios asistenciales de salud de afiliados cotizantes y a las cuales los padres que pierdan la Patria Potestad.
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 celular suministrado de forma

VIII. FIRMAS

✓ Francisco Guerrero Florez

IX. ANEXOS

54. Anexos: copia del documento de identidad	CC	TI	RC	CE	PA	NV	CD	SC
Cantidad								

Total [ ]

57. Copia del documento de identidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de nacimiento 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. Copia del documento en que conste la petición de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada que se rindiere sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Constancia de validación de la información para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la custodia de los menores o se ordene la adopción de ellos.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

La activación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad

VIGILADO Supersalud

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Eventsalud IPS SAS

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1 Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,07

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 11705453 **PACIENTE:** GUERRERO FLOREZ FRANCISCO DADINSON

FECHA NACIMIENTO: Enero 08 de 1975 **LUGAR:** ISTMINA **EDAD:** 45

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 0 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO AFILIADO **AFP:** PROTECCION
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

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

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

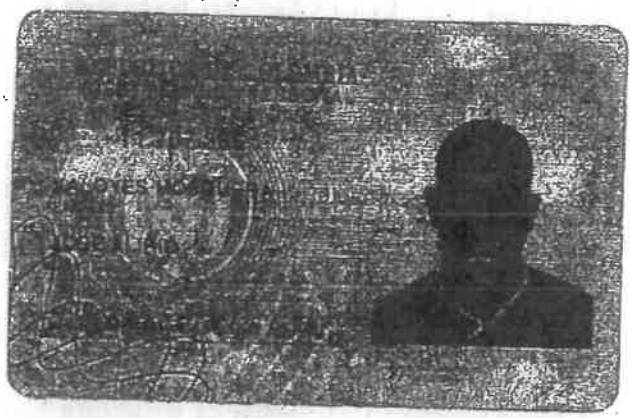
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

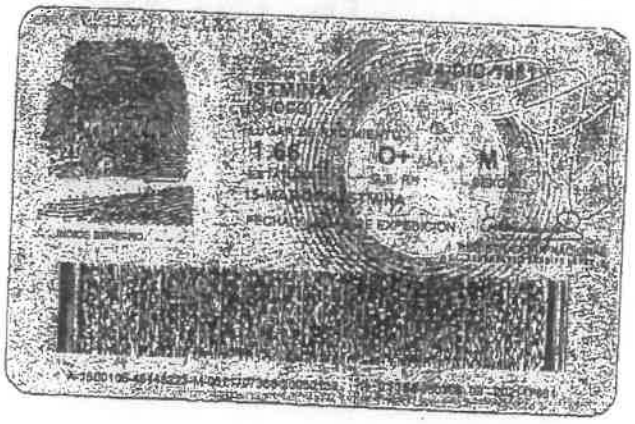
OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Campos S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS [illegible] SANCHEZ		Francisco Guerrero
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: GUERRERO FLOREZ FRANCISCO DADINSON
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 11705453





Cra 15 # 47 - 17 Sur

3214326975

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C11707366	VALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO	19/05/2020		125k159e	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 18/05/2020 18:09:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 25 de mayo de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

202005251429

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005166279	1|9|0|5|2|0|2|0

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
VALOYES (Primer apellido)	MOSQUERA (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	ALIRIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	11707366	Femenino ☐ Masculino ☒	2|4|1|2|1|9|8|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	877803

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 1B N 47 17 SUR		3214326975	VALOYESJOSEALIRIO@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO PRUNI SEDES O	NIT	901294259	01

39.Ubicación				
CL 98 70 91 OF 812 (Dirección)	7441529 (Teleéfono)	LICITACIONESPRISMAUNIVERSAL@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 2 Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,13

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 11707366 **PACIENTE:** VALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO

FECHA NACIMIENTO: Diciembre 24 de 1981 **LUGAR:** CHOCO **EDAD:** 38

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 1 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: SALUD TOTAL **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO RECUERDA **AFP:** PROTECCION
CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

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

VISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Garantía en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo Licencia: Resolucion 753 18 de Enero del 2019 CARLOS ALBERTO CUENCA SANCHEZ		JOSE VALOYES
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: VALOYES MOSQUERA JOSE ALIRIO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 11707366





Cra 17 Bis # 63 - 38 Sur

3143945728

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C4837625	MOSQUERA MOSQUERA JUAN DESIDERIO	19/05/2020		130y1444	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 18/05/2020 18:07:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN DESIDERIO MOSQUERA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.837.625**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Mayo del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a ***www.porvenir.com.co*** *y actualice su Historia Laboral.*

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005166243	1|9|0|5|2|0|2|0

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**		**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MOSQUERA (Primer apellido)	MOSQUERA (Segundo apellido)	JUAN (Primer nombre)	DESIDERIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	4837625	Femenino ☐ Masculino ☒	1|4|1|1|1|9|6|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

CR 17 BIS N 63 38 SUR (Dirección)	Telefono fijo	3143945228 (Telefono celular)	JUANDESIDERIOM@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO PRUNI SEDES O	NIT	901294259	01

39.Ubicación				
CL 98 70 91 OF 812 (Dirección)	7441529 (Teleéfono)	LICITACIONESPRISMAUNIVERSAL@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Eventsalud IPS SAS

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 29 de 2020 Hora: 7,53

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 4837625 **PACIENTE:** MOSQUERA MOSQUERA JUAN DESIDERIO

FECHA NACIMIENTO: Noviembre 14 de 1963 **LUGAR:** ISTMINA **EDAD:** 56

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) **No HIJOS:** 1 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: SALUD TOTAL **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: SURA **AFP:** PORVENIR
CARGO A OCUPAR: AYUDANTE

EXAMENES PARACLINICOS

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

VISIOMETRÍA: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NO REALIZAR LEVANTAMIENTO MANUAL DE CARGA SUPERIOR A 20 KILOS SIN AYUDA MECANICA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

VALORACION POR OPTOMETRIA
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
NO ELEVAR PESO A LOS 20 KG

RECOMENDACIONES LABORALES

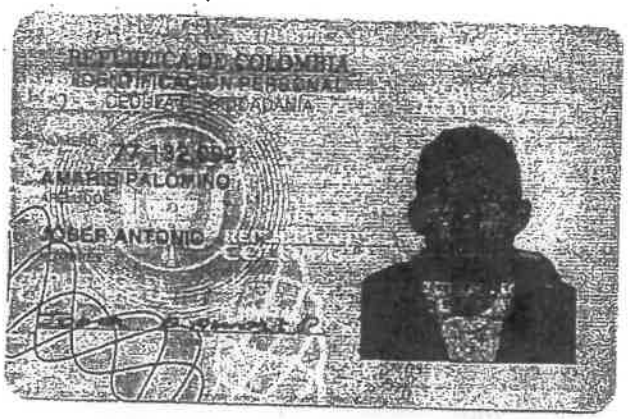
VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EPS
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Campos R. M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		
CARLOS [illegible] SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: MOSQUERA MOSQUERA JUAN DESIDERIO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 4837625





Calle 80 # 86 - 37

3336010559

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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:	0000000001 OBRAS	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C77132092	AMARIS PALOMINO JOBER ANTONIO	19/05/2020		13321623	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 18/05/2020 18:03:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOBER ANTONIO AMARIS PALOMINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **77.132.092**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Mayo del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (asignado por la EPS)
A. Afiliación B. Reporte de Novedades [X]	A. Independiente - Cotizante o cabeza de familia - Beneficiario o afiliado adicional [X] B. Pensionado [ ] C. Institucional [ ] D. Depto [ ]	A. Contributivo B. Subsidiado [X]	A. Cotizante B. Cabeza de familia [X] C. Beneficiario	A. Dependiente B. [illegible] [X] C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: AMARIS	Segundo Apellido: PALOMINO	Primer Nombre: JOBER	Segundo Nombre: ANTONIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	77.132.092	Femenino [ ] Masculino [X]	25 02 1977

C. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad - Tipo	Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
					SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia						
$ 877.803	Calle 80 # 86-37					7441529	3336010559
auxiliargerencia.14@gmail.com	Bogotá D.C.	Zona Urbana [X] Rural [ ]		Engativá	Cundinamarca		

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	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad Tipo			Condición		32. Datos de residencia Dirección / Detalle	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (lo registra por la EPS)
	F	M	S	J	P						
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 (asignado por la EPS)
C		
D		
B		
E		
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 (asignado por la EPS)
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	NIT	901.294.259-1	

39. Ubicación					
Calle 98 # 70-91	OFC 812	7441529	asistente@prismauniversal.com	Bogotá	Cundinamarca

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 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. Inclusión del afiliado en período de restricciones para cobrar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad territorial para [illegible] [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Novedad A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [X] 14. Traslado A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del inicio de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencias económicas de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de convivencia de cónyuge o compañero(a) permanente, padres, hijos que no tienen la calidad de beneficiarios que acredita la condición de cabeza de familia
49. Declaración de no encontrarse afiliado al grupo familiar, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS consulte y entregue datos y reporte 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 [illegible] de la afiliación o del retiro de [illegible] a las bases de datos de afiliados vigentes y a las centrales públicas o privadas de información
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, el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe documentos físicos o electrónicos a la dirección como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

✓ Antonio Amaris	

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad	TDI	RC	TI	CC	PA	CE	PEP	DIE
Cantidad								

Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 de cabeza de 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 de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Febrero 01 de 2020 Hora: 7,21

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 77132092 **PACIENTE:** AMARIS PALOMINO JOBER ANTONIO

FECHA NACIMIENTO: Febrero 25 de 1997 **LUGAR:** SAN MARTIN **EDAD:** 22

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 5 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: FAMISANAR **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: SURA **AFP:** PORVENIR
CARGO A OCUPAR: HERRERO

EXAMENES PARACLINICOS

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

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

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NINGUNA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO

RECOMENDACIONES LABORALES

USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Chenas S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019		Jover Amaris
CARLOS SANCHEZ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÈDICO: 4516		NOMBRE: AMARIS PALOMINO JOBER ANTONIO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 77132092



Diagonal 69 # 48-90

3124956367

ARL | sura

Medellín, 18 de Mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - OBRAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C79722611	VALOYES VALENCIA LIBARDO	19/05/2020		182c2262	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10142441092013966452

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 18/05/2020 18:27:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 25 de mayo de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

20200525143333

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	21/05/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: VALOYES	Segundo apellido: VALENCIA	Primer nombre: LIBARDO	Segundo nombre:
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 79.722.611	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 29/09/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	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
SURA	PROTECCIÓN	$ 877.803

18. Residencia			
Dirección: Diag. 69 # 48-90	Teléfono fijo: 7441529	Teléfono celular: 3124956367	Correo electrónico: asistente@prismauniversal.com
Municipio/Distrito: Bogotá DC.	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: Cundinamarca

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	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		

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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO PRUNI SEDES 04	NIT	901.294.259-1	

39. Ubicación					
Dirección: CALLE 98 # 70-91	Ofc 812	Teléfono: 7441529	Correo electrónico: auxiliargerencia14@gmail.com	Municipio/Distrito: Bogotá D.C	Departamento: Cundinamarca

eventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 0 Bogotà, Enero 29 de 2020 Hora: 8,10

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 79722611 **PACIENTE:** VALOYES VALENCIA LIBARDO

FECHA NACIMIENTO: Septiembre 29 de 1974 **LUGAR:** QUIBDO **EDAD:** 45

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 2 **SEXO:** MASCULINO

ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: MEDIMAS EPS **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO RECUERDA **AFP:** PROTECCION
CARGO A OCUPAR: OFICIAL

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: CONTROL ANUAL POR ORL ANTE LA PRESENCIA DE ALTERACION EN LAS BANDAS AUDITIVAS

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

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: TRIGLICERIDOS - COLESTEROL - GLICEMIA (NORMAL)

OTROS:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES MÉDICAS

NO REALIZAR LEVANTAMIENTO MANUAL DE CARGA SUPERIOR A 20 KILOS SIN AYUDA MECANICA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CAMBIOS DE HABITOS ALIMENTARIOS ,REALIZAR EJERCICIOS
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
NO ELEVAR PESO A LOS 20 KG

RECOMENDACIONES LABORALES

VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EPS
USO ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL INDICADOS PARA LA ACTIVIDAD
PAUSAS ACTIVAS PARA MMSS. SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA PARA EVITAR LESIONES OSTEOMUSCULARES.
RECOMENDACION DIETARÍAS BAJA EN CARBOHIDRATOS(AZUCARES)LIPIDOS (GRASAS)
CAPACITACIÓN EN trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico

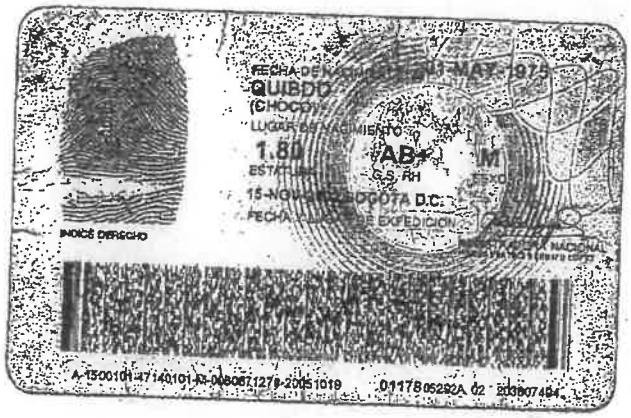
OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Carrero S. R.M.C.4516 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Licencia / Resolución 753 18 de Enero del 2019		
CARLOS [illegible] SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: VALOYES VALENCIA LIBARDO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 79722611





Cra 47 # 47Bis - 67

3168939076

ARL | sura

Medellín, 18 de mayo de 2020

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 CONSORCIO PRUNI SEDES 04 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: 0000000001 OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %		
C80871279	GRANJA PALACIOS VICTOR HUGO	19/05/2020		13016121	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 18/05/2020 17:59:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.208.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GRANJA PALACIOS VICTOR HUGO** identificado(a) con **CC** número **80.871.279** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de diciembre 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 01 de junio de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

2020060113514

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005166196	1|9|0|5|2|0|2|0

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GRANJA (Primer apellido)	PALACIOS (Segundo apellido)	VICTOR (Primer nombre)	HUGO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	80871279	Femenino ☐ Masculino ☒	0|1|0|5|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	877803

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 47 N 47 BIS 67		3168939076	VHGRANJA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO PRUNI SEDES O	NIT	901294259	01

...cación Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 98 70 91 OF 812	7441529	LICITACIONESPRISMAUNIVERSL@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

Preventsalud IPS SAS

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Cll 15 Sur No. 16 - 46 Tel: 757 53 28

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



EXAMEN DE: INGRESO ENFASIS ALTURAS

CONTROL: 1 Bogotà, Febrero 04 de 2020 Hora: 16,08

DATOS GENERALES

No IDENTIFICACIÓN: 80871279 **PACIENTE:** GRANJA PALACIOS VICTOR HUGO

FECHA NACIMIENTO: Mayo 01 de 1975 **LUGAR:** QUIBDO **EDAD:** 44

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE **No HIJOS:** 2 **SEXO:** Masculino

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA

DATOS LABORALES

EMPRESA: CONSORCIO PRUNI SEDES 04 **EMPRESA MISIÓN:** NO APLICA
EPS: SALUD TOTAL **ACT.ECONÓMICA:**
ARL: NO RECUERDA **AFP:** PROTECCION
CARGO A OCUPAR: MAESTRO DE OBRA

EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRÍA: CONTROL ANUAL POR ORL ANTE LA PRESENCIA DE ALTERACION EN LAS BANDAS AUDITIVAS

ISIOMETRÍA: ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA

PSICOMÉTRICO: NO SE REALIZA

ESPIROMETRÍA: CAPACIDAD VITAL FORZADA, VOLUMEN Y FLUJO ESPIRATORIO (NORMAL)

OPTOMETRÍA: NO SE REALIZA

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO (NORMAL) GLICEMIA BASAL (NORMAL)

OTROS:

NCEPTO MEDICO: APTO PARA EL CARGO / APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES

USO PERMANENTE DE CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PROPIOS DEL CARGO
USO DE GAFAS PERMANENTES
VALORACION POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES

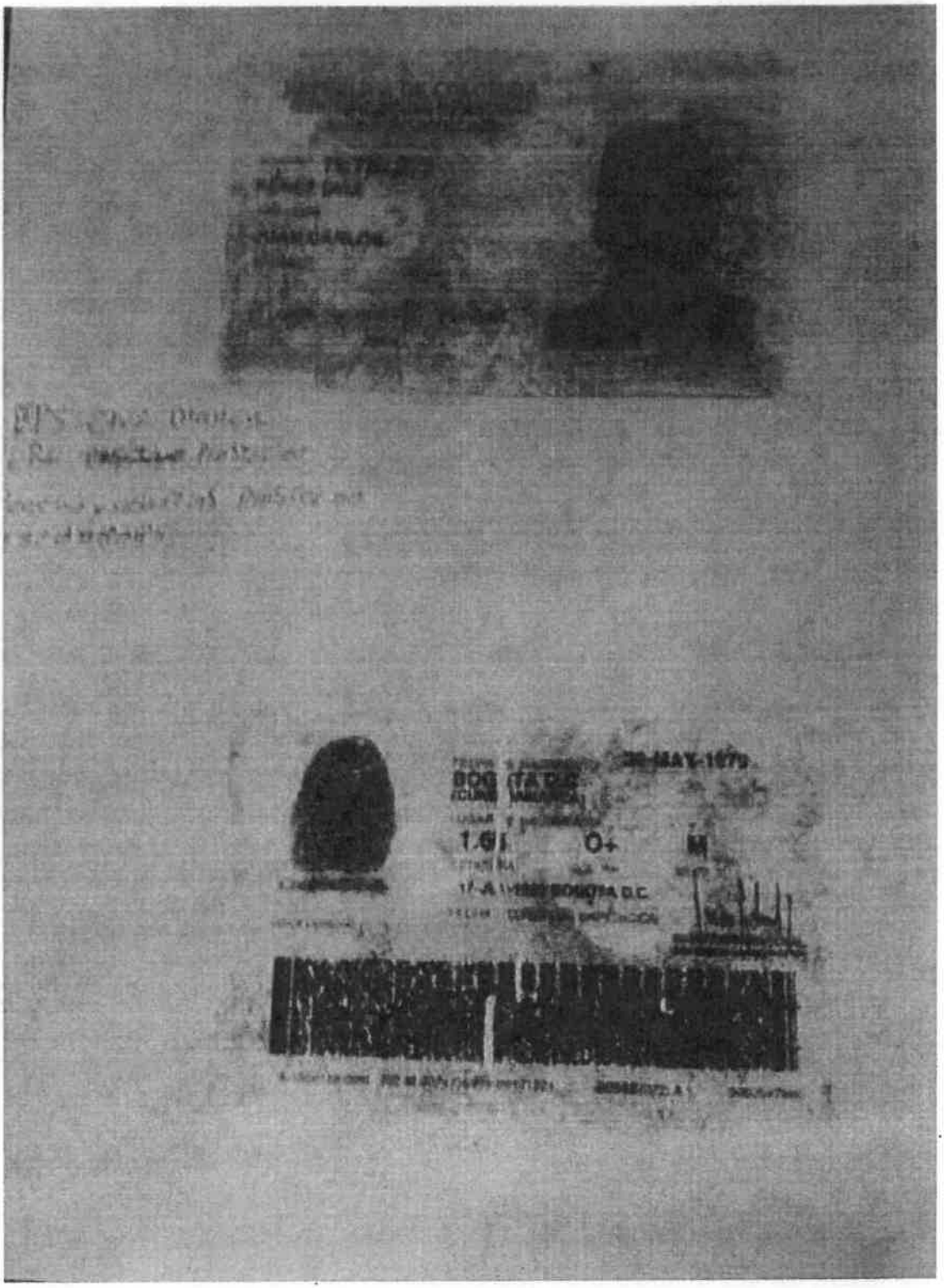
Uso de gafas permanentes
Uso elementos protección personal indicados para la actividad
usas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna
Capacitación en trabajo seguro, plan emergencia, riesgo ergonomico
Incluir programa vigilancia epidemiologica en VISUAL

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS ALTURAS

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

Dr. Carlos A. Cuenca S. R.M. 4516 Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia: Resolución 753 18 de Enero del 2019 CARLOS [illegible] SANCHEZ		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		FIRMA DEL PACIENTE
REGISTRO MÉDICO: 4516		NOMBRE: GRANJA PALACIOS VICTOR HUGO
LICENCIA: RESOLUCION 753		CEDULA: 80871279



AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900781634
Número Afiliación:	171005
Razón social:	CONSTRUCCIONES UNIVERSOL S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79732979
Nombre:	JUAN CARLOS PEREZ DIAZ
Fecha Ingreso:	24/05/2020
Salario básico:	877.803
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	23/05/2020 11:18:03 a.m.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREZ DIAZ JUAN CARLOS** identificado(a) con **CC** número **79.732.979** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de febrero 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 23 de mayo de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

2020052311201

[redacted] EPS

NIT 830.003.564-7

9006752988

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

Fecha de radicación: 23 | 05 | 2020

Código (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]
B. Reporte de Novedades [X]	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

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

6. Apellidos y nombres: PEREZ | DIAZ | JUAN | CARLOS

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 79732979

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 30 | 05 | 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC: $877.803

18. Residencia: Dirección | Teléfono | Municipio/Distrito | Departamento | 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: Femenino [ ] Masculino [ ] | 23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

	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 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

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: CONST UNIVERSAL

36. Tipo de documento de identificación: NT

37. Número del documento de identificación: 900781634

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: CR 81B 14A 30 | 3118179389 | 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 del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad: 23 | 05 | 2020

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 o afiliados adicionales
47. [illegible]
48. [illegible]
49. [illegible]
50. [illegible]
51. [illegible]
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. [illegible]

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [illegible] 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. [illegible] 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. 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
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 medida de protección o se ordena la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. 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

836

CLINISUR IPS 1 LTDA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EMPRESA: CONSTRUCCIONES RIVERSOL SAS

PREOCUPACIONAL O INGRESO: ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO: PERIÓDICO

NOMBRE Y APELLIDO: JUAN CARLOS PEREZ DIAZ C.C 7[illegible]

EDAD 31 AÑOS SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR: OFICIAL DE CONSTRUCCION

EXAMENES PARA CLINICOS PRACTICADOS

Evaluación médica ocupacional			
Visiometria	✓	Exámenes de laboratorio: Si:	NO ✓
Audiometria	✓	Sitio: Cto:	Tinga: Otros:
Espirometria	✓	Cuales: ENTASIS OSTEOMUSCULAR	
	✓	Radiografias:	

El trabajador firmado hace constar que el (la) anteriormente se presentó a valoración médica el día de hoy y suscribe los exámenes diagnósticos

APTO PARA EL CARGO: ✓ MOTIVO PARA LA CAUSA:

NO APTO: MOTIVO:

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS: ORTOPEDIA EPS
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/ INCLUIR EN SVE AUDITIVO

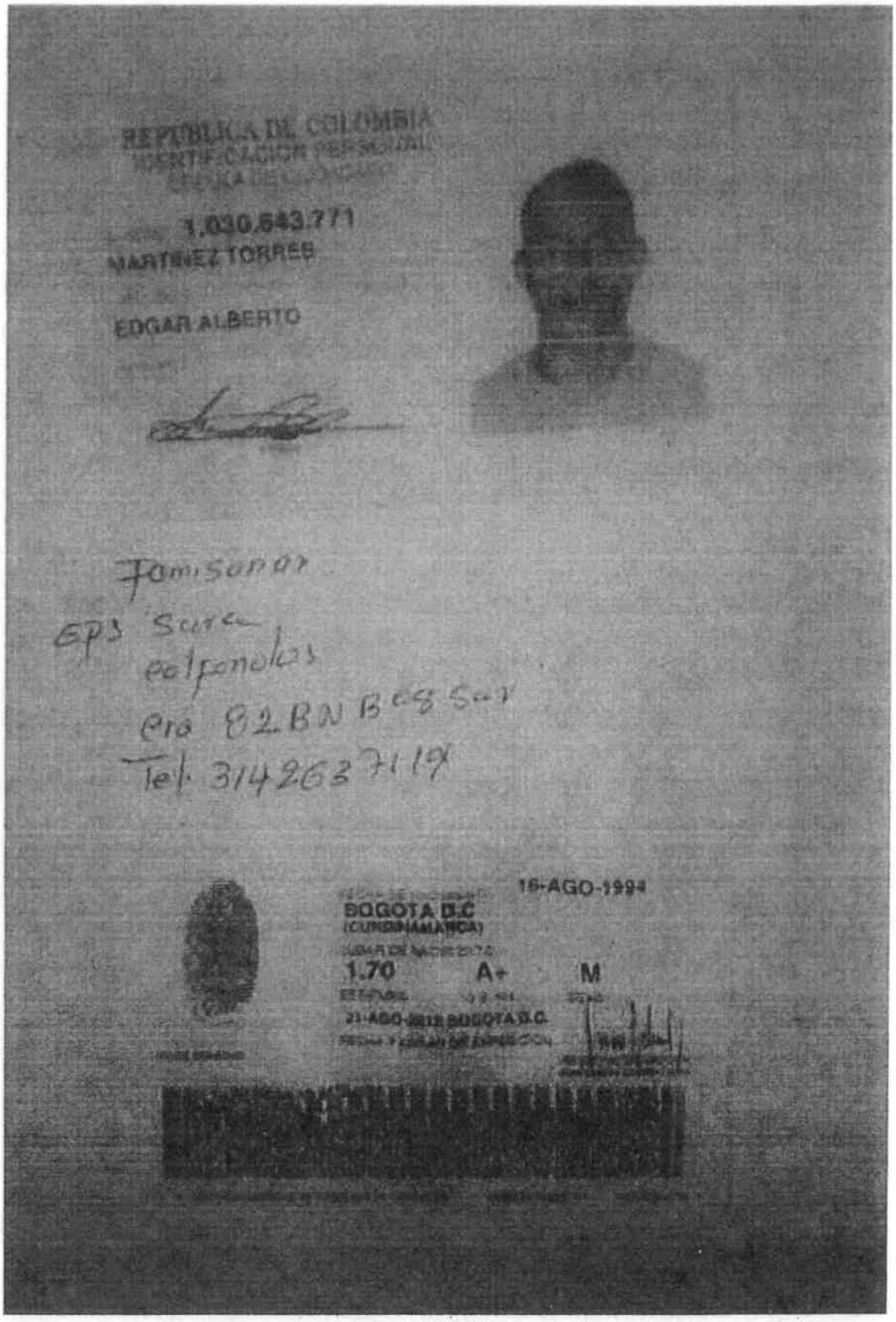
EXAMEN PERIODICO

Puesto continuar con su labor: Si: NO: Se requiere reubicación laboral: Si: NO:

EVALUACION DE EGRESO

Generación de enfermedad laboral: Si: NO: Cual:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL


REPUBLICA DE COLOMBIA
1.030.643.771
MARTINEZ TORRES
EDGAR ALBERTO
Familiar
EPS Sura
Polpanolas
Cra 82BN 86B Sur
Tel 3142637119
16-AGO-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.70
A+
M
21-AGO-2012 BOGOTA D.C

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900781634	4	CONSTRUCIONES UNIVERSOL S A S	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	EDILBERTO	CARERA 81 B N14 A 30 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7962472	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-05	05879373	9405879373	E	2020/05/11	2020/05/08	BANCO AV VILLAS	0	$563,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	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
1	CC	93021631	CAPERA JHON	X																230301	11	$321,862	$9,700	EPS037	11	$321,862	$12,900	CCF21	11	$321,862	$12,900	14-4	11	$321,862	$22,500	11	$0	$0	SI	$58,000
2	CC	1073668784	CHAVES WILLIAM	X																231001	11	$321,862	$9,700	EPS017	11	$321,862	$12,900	CCF21	11	$321,862	$12,900	14-4	11	$321,862	$22,500	11	$0	$0	SI	$58,000
3	CC	1030643771	MARTINEZ EDGAR	X																230301	11	$321,862	$9,700	CCFC53	11	$321,862	$12,900	CCF21	11	$321,862	$12,900	14-4	11	$321,862	$22,500	11	$0	$0	SI	$58,000
4	CC	23983895	MARTINEZ MERI	X																25-14	11	$321,862	$9,700	EPS010	11	$321,862	$12,900	CCF21	11	$321,862	$12,900	14-4	11	$321,862	$22,500	11	$0	$0	SI	$58,000
5	CC	4254755	NIÑO EDILBERTO																	230301	30	$877,803	$26,400	EPS017	30	$877,803	$35,200	CCF21	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	SI	$157,900
6	CC	1070951671	OSPINA DANIEL	X																231001	11	$321,862	$9,700	EPS017	11	$321,862	$12,900	CCF21	11	$321,862	$12,900	14-4	11	$321,862	$22,500	11	$0	$0	SI	$58,000
7	CC	9272527	PEDROZO JOSE	X																230201	11	$321,862	$9,700	EPS037	11	$321,862	$12,900	CCF21	11	$321,862	$12,900	14-4	11	$321,862	$22,500	11	$0	$0	SI	$58,000
8	CC	4884699	ROA RICAURTE	X																25-14	11	$321,862	$9,700	EPS017	11	$321,862	$12,900	CCF21	11	$321,862	$12,900	14-4	11	$321,862	$22,500	11	$0	$0	SI	$58,000
Total	Afiliados(8)																					$3,130,837	$94,300			$3,130,837	$125,200			$3,130,837	$125,200			$3,130,837	$218,600		$0	$0		$563,900

2020/05/16 11:40 AM

839

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900781634	4	CONSTRUCIONES UNIVERSOL S A S	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	EDILBERTO	CARERA 81 B N14 A 30 SUR	BOGOTA-BOGOTA.D.E.	7962472	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-05	05879373	9405879373	E	2020/05/11	2020/05/08	BANCO AV VILLAS	0	$563,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				8	$94,300	$0	$0	$94,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$19,400	$0	$0	$19,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$19,400	$0	$0	$19,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$45,800	$0	$0	$45,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$9,700	$0	$0	$9,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$218,600	$0	$0	$218,600
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	8	$218,600	$0	$0	$218,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				8	$125,500	$0	$0	$125,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	8	$125,500	$0	$0	$125,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				8	$125,500	$0	$0	$125,500
COMFACUNDI	CCFC53	860,045,904	7	1	$12,900	$0	$0	$12,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$12,900	$0	$0	$12,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$73,900	$0	$0	$73,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$25,800	$0	$0	$25,800
TOTAL				8	$563,900	$0	$0	$563,900

2020/05/16 11:40 AM

840

Clinisur IPS Ltda.

CLINISUR IPS 1 LTDA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EMPRESA: CONSTRUCCIONES UNIVERSO SAS FECHA: 13/03/2019 09:20

PVE OCUP ACIONAL O INGRESO: ✓ POS OCUPACIONAL O EGRESO: PERIODICO

NOMBRE Y APELLIDO: EDGAR ALBERTO MARTINEZ TORRES C.C. 1070...

EDAD: 24 Años SEXO: M CARGO A DESEMPEÑAR: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

EXAMENES PARA CLINICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio: SI	NO ✓
Visiometría	✓	GH:	Orina
Audiometría	✓	Cuales:	
Espirometría	✓	Radiografías:	

El suscrito médico hace constar que el (la) anterior se presentó a valoración médica el día de hoy presentando el siguiente diagnostico:

APTO PARA EL CARGO: ✓ MOTIVO: PARA LABORAR

NO APTO: MOTIVO:

OBSERVACIONES

USO DE LENTES PARA LABORAR

CONTROL MEDICO MENSUAL IPS

USO DE EPP REALIZAN PAUSAS ACTIVAS

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar con su labor: SI NO Se sugiere reubicación laboral: SI NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral: SI NO Cual:

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Calle 21 Sur No 19 - 07 PBX [illegible]

E-mail: [illegible]

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — UNIVERSAL LTDA S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Bolaños Cruz	Ingrid Alejandra	Residente de obra

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD CARETA	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	LAPERNERAS	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO MITERO	ESLINGA DE ABSORCION	CLINICA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X					X												Alejandra
20-05-2020							X					X												Alejandra
21-05-2020							X					X												Alejandra
22-05-2020							X					X												Alejandra
23-05-2020							X					X												Alejandra
26-05-2020							X																	Alejandra
27-05-2020							X																	Alejandra
28-05-2020							X																	Alejandra
29-05-2020							X																	Alejandra
30-05-2020							X																	Alejandra
1-06-2020							X																	Alejandra
2-06-2020							X																	Alejandra

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el articulo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

842

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI 6606 04 — UNIVERSAL SEC S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Fonseca Vargas	William	Residente 057

FECHA DE ENTREGA	REPOSICION		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD CORETA	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE NILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACRH	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL Antiestático	DRIL COMBINADO	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO MEDIO	ESLINGA DE ADVERTENCIA	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X			X							X							
20-05-2020							X																	
21-05-2020							X																	
22-05-2020							X																	
23-05-2020							X																	
25-05-2020						/	X																	
26-05-2020							X																	
27-05-2020							X																	
28-05-2020							X																	
29-05-2020							X																	
30-05-2020							X																	
1-06-2020							X																	
2-06-2020							X																	

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el articulo 149 del C.S.T, autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI 66068 04 — SISTEMA — UNIVERSAL SEC S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Gomez Aldana	Daniel Felipe.	Auxiliar de Residente Tecnico

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD CARETA	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LÁTEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL ANTIFLUIDOS	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X			X							X							Daniel Gomez
20-05-2020							X					X												Daniel Gomez
21-05-2020							X																	Daniel Gomez
22-05-2020							X					X												Daniel Gomez
23-05-2020							X																	Daniel Gomez
25-05-2020							X																	Daniel Gomez
26-05-2020							X																	Daniel Gomez
27-05-2020							X																	Daniel Gomez
28-05-2020							X																	Daniel Gomez
29-05-2020							X																	Daniel Gomez
30-05-2020							X																	Daniel Gomez
1-06-2020							X																	Daniel Gomez
2-06-2020							X																	Daniel Gomez

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

Daniel Gomez

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — EPPEMA — UNIVERSAL SEC S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Guerrero Cordero	Hanner.	Tecnico Electricista

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ									CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD (INCOLORA)	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X				X		X														HANNER G
20-05-2020								X																HANNER G
21-05-2020								X																HANNER G
22-05-2020								X																HANNER G
23-05-2020								X																HANNER G
26-05-2020								X																HANNER G
27-05-2020								X																HANNER G
28-05-2020								X																HANNER G
29-05-2020								X																HANNER G
30-05-2020								X																HANNER G
1-06-2020								X																HANNER G
2-06-2020								X																HANNER G

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

845

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — SISTEMA — UNIVERSAL LTDA. S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal. al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Gavzon Martinez	Carlos Augusto	Tecnico Electricista

FECHA DE ENTREGA	REPOICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ									CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD CLARA	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ASORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X			X														Carlos Gazon
20-05-2020							X																	Carlos Gazon
21-05-2020							X																	Carlos Gazon
22-05-2020							X																	Carlos Gazon
23-05-2020							X																	Carlos Gazon
26-05-2020							X																	Carlos Gazon
27-05-2020							X																	Carlos Gazon
28-05-2020							X																	Carlos Gazon
29-05-2020							X																	Carlos Gazon
30-05-2020							X																	Carlos Gazon
1-06-2020							X																	Carlos Gazon
2-06-2020							X																	Carlos Gazon

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI 2020 04 PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal. al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Rubio Vega	Muicol Estefan	Tecnico Electricista

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPH	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X			X														
20-05-2020							X																	
21-05-2020							X																	
22-05-2020							X																	
23-05-2020							X																	
26-05-2020							X																	
27-05-2020							X																	
28-05-2020							X																	
29-05-2020							X																	
30-05-2020							X																	
1-06-2020							X																	
2-06-2020							X																	

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

847

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI SECES 04 — SISTEMA — UNIVERSAL SEC S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Riaño Rojas	Carlos Adrian	Tecnico Electricista

FECHA DE ENTREGA	REPOICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD CARETA	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPH	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	DIPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ASENCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X			X														
20-05-2020							X																	
21-05-2020							X																	
22-05-2020							X																	
23-05-2020							X																	
26-05-2020							X																	
27-05-2020							X																	
28-05-2020							X																	
29-05-2020							X																	
30-05-2020							X																	
1-06-2020							X																	
2-06-2020							X																	

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de proteeción personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el articulo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

848

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI MEDES 04 PRISMA UNIVERSAL SIC S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Mena Mena	Julio	Ayudante de Construcción

FECHA DE ENTREGA	REPOICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															Julio
20-05-2020							X																	Julio
21-05-2020							X					X												Julio
22-05-2020							X																	Julio
23-05-2020							X																	Julio
25-05-2020						X	X																	Julio
26-05-2020							X																	Julio
27-05-2020							X																	Julio
28-05-2020							X		X															Julio
29-05-2020							X																	Julio
30-05-2020							X																	Julio
1-06-2020							X																	Julio
2-06-2020							X																	Julio

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

849

11

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 TRIPLEX PRISMA UNIVERSAL SIC S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal. al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Caldera Pereira	Richard Jose	Oficial de Construcción

FECHA DE ENTREGA	REPOICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ									CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACMI	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															
20-05-2020							X																	
21-05-2020							X																	
22-05-2020							X																	
23-05-2020							X																	
25-05-2020							X																	
26-05-2020							X																	
27-05-2020				X			X		X															
28-05-2020							X																	
29-05-2020							X																	
30-05-2020							X																	
1-06-2020							X																	
2-06-2020							X																	

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

850

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

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

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Marc Palacios	Carlos Mario	Ayudante de Construcción

FECHA DE ENTREGA	REPOICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ						MANOS				CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACTIVI	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															
20-05-2020							X																	
21-05-2020							X																	
22-05-2020							X																	
23-05-2020							X																	
25-05-2020							X																	
26-05-2020							X																	
27-05-2020							X																	
28-05-2020							X																	
29-05-2020							X																	
30-05-2020							X		X															
1-06-2020							X																	
2-06-2020							X																	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

CONSORC.. PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

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

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Mosquera Mosquera	Juan	Ayudante de Construcción

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ASOCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															
20-05-2020							X																	
21-05-2020							X																	
22-05-2020							X																	
23-05-2020							X																	
25-05-2020							X																	
26-05-2020							X																	
27-05-2020							X																	
28-05-2020				X			X		X															
29-05-2020							X																	
30-05-2020							X																	
1-06-2020							X																	
2-06-2020							X																	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

852

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

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

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Valoyes Valoyes	Lisardo	Oficial de Construcción

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACFM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	DPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															
20-05-2020							X																	
21-05-2020							X																	
22-05-2020							X																	
23-05-2020							X																	
25-05-2020							X																	
26-05-2020							X																	
27-05-2020							X																	
28-05-2020							X																	
29-05-2020							X																	
30-05-2020							X																	
1-06-2020							X																	
2-06-2020							X																	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el articulo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

853

CONSORC.. PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

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

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Guerrero Flores	Francisco Dadinson	Ayudante de Construcción

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPH	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCIÓN	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															Francisco Guerrero
20-05-2020							X																	Francisco Guerrero
21-05-2020							X																	Francisco Guerrero
22-05-2020							X																	Francisco Guerrero
23-05-2020							X																	Francisco Guerrero
25-05-2020							X																	Francisco Guerrero
26-05-2020				X			X		X															Francisco Guerrero
27-05-2020							X																	Francisco Guerrero
28-05-2020							X																	Francisco Guerrero
29-05-2020							X																	Francisco Guerrero
30-05-2020							X																	Francisco Guerrero
																								Francisco Guerrero

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

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

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Valoyes Mosquera	Jose Alirio	Oficial de Confinación

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACH1	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ASISTENCIA	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															
20-05-2020							X																	
21-05-2020							X																	
22-05-2020							X																	
23-05-2020							X					X												
25-06-2020							X																	
26-05-2020							X																	
27-05-2020							X																	
28-05-2020				X			X		X															
29-05-2020							X																	
30-05-2020							X																	
1-06-2020							X																	
2-06-2020							X																	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

855

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — PRISMA — UNIVIDA S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Alvarado Rudiaz	Omar.	Oficial de Construcción

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ		MANOS								CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTE DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO X ACPH	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X								X							Omar
20-05-2020							X																	Omar
21-05-2020							X																	Omar
22-05-2020							X																	Omar
23-05-2020							X					X												Omar
25-05-2020							X																	Omar
26-05-2020							X																	Omar
27-05-2020				X			X		X															Omar
28-05-2020							X																	Omar
29-05-2020							X																	Omar
30-05-2020							X																	Omar
1-06-2020							X																	Omar
2-06-2020							X																	Omar

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI SEDES 04 — SISTEMA UNIVERSAL LEC S.A.S.

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Granja Palacio	Victor Hugo	Maestro General

FECHA DE ENTREGA	RESPICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															
20-05-2020							X		X															
21-05-2020							X																	
22-05-2020							X																	
23-05-2020							X					X												
25-05-2020							X																	
26-05-2020							X																	
27-05-2020							X																	
28-05-2020							X																	
29-05-2020							X																	
30-05-2020							X																	
1-06-2020							X																	
2-06-2020							X																	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

857

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente cotación para la protección personal, al señor (a):

APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
Matiz Torres	Jose Giovanni	Oficial de Construcción

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LÁTEX	GUANTE DIELÉCTRICO 1*000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACTM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ASEGURAMIENTO	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															Jose Giovanni Matiz
20-05-2020							X																	Jose Matiz
21-05-2020							X																	Jose Matiz
22-05-2020							X																	Jose Matiz
23-05-2020							X																	Jose Matiz
25-05-2020							X						X											Jose Matiz
26-05-2020							X																	Jose Matiz
27-05-2020				X			X		X															Jose Matiz
28-05-2020							X																	Jose Matiz
29-05-2020							X																	Jose Matiz
30-05-2020							X																	Jose Matiz
1-06-2020							X																	Jose Matiz
2-06-2020							X																	Jose Matiz

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

858

15

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0.

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

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):	APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
	Garzon Ramirez	Ximara Gimena	Aseo General

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ									CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACPM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X			X							X							Gimena G.
20-05-2020							X																	Gimena G.
21-05-2020							X			X														Gimena G
22-05-2020							X			X														Gimena G
23-05-2020							X						X											Gimena G
25-05-2020							X			X														Gimena G
26-05-2020							X			X														Gimena G
27-05-2020							X			X														Gimena G.
28-05-2020							X			X														Gimena G
29-05-2020							X			X														Gimena G
30-05-2020							X			X														Gimena G
1-06-2020							X			X														Gimena G.
2-06-2020							X			X														Gimena G
																								Gimena G

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones; la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

859

151

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):

APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
Amaris Palomino	Jover Antonio	Oficial Herrero

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ									CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO ACTH	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD, CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ASOCIACION	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															
20-05-2020							X		X															Jover Amaris
21-05-2020							X																	Jover Amaris
22-05-2020							X																	Jover Amaris
23-05-2020							X																	Jover Amaris
26-05-2020							X						X											Jover Amaris
27-05-2020							X																	Jover Amaris
28-05-2020				X			X		X															Jover Amaris
29-05-2020							X																	Jover Amaris
30-05-2020							X																	Jover Amaris
1-06-2020							X																	Jover Amaris
2-06-2020							X																	Jover Amaris

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmente, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

CONSORCIO PRUNI

REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

CODIGO:

VERSION: 1.0

CONSORCIO PRUNI, hace entrega formal y material de la siguiente dotación para la protección personal, al señor (a):

APELLIDOS	NOMBRES	CARGO
Diaz Julio	Yerson	Ayudante de construccion

FECHA DE ENTREGA	REPOSICIÓN		CABEZA, OJOS, OIDOS Y CARA				NARIZ										CUERPO			ESPECIALES				FIRMA DEL EMPLEADO
	DETERIORO	PERDIDA	CASCO DIELÉCTRICO CON BARBUQUEJO Y RACHET	GAFAS DE SEGURIDAD	PROTECTOR DE INSERCIÓN	PROTECTOR TIPO COPA	MASCARILLA DESECHABLE	RESPIRADOR CON FILTRO	GUANTES DE VAQUETA	GUANTE DE HILO Y LATEX	GUANTE DIELÉCTRICO 17000 VOLTIOS	GUANTES DE NITRILO AGM	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DIELÉCTRICA	BOTAS O ZAPATO CON PUNTERA	BOTA DE CAUCHO CON PUNTERA	OVEROL	IMPERMEABLE	CHALECO REFLECTIVO	ARNES DE SEGURIDAD CUERPO ENTERO	ARNES DE SEGURIDAD CUERPO ENTERO	ESLINGA DE ABSORCIÓN	ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	
19-05-2020				X			X		X															Yerson DJ
20-05-2020							X																	Yerson DJ
21-05-2020							X																	Yerson DJ
22-05-2020							X																	Yerson DJ
23-05-2020							X						X											Yerson DJ
25-05-2020							X																	Yerson DJ
26-05-2020							X																	Yerson DJ.
27-05-2020							X																	Yerson DIAZ
28-05-2020				X			X		X															Yerson DJ
29-05-2020							X																	Yerson DJ
30-05-2020							X																	Yerson DJ
1-06-2020							X																	Yerson DIAZ
2-06-2020							X			/														Yerson DJ
																								Yerson DJ.

Dando cumplimiento al Reglamento interno de trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la compañía, me comprometo a recibir, usar adecuadamente, mantener en buen estado, y que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

De conformidad con lo previsto por el artículo 149 del C.S.T , autorizo me sea descontado de mi salario el costo de los elementos de protección personal que me han sido entregados, en caso de perdida o daño. Igualmante, autorizo que sea descontada de mi liquidación de prestaciones sociales, salarios, bonificaciones y/o indemnizaciones, la totalidad del saldo a mi cargo, si para la fecha de mi retiro de la empresa la obligación generada por la perdida o daño no ha sido satisfecha en su totalidad.

	INSPECCIÓN DE CAMPAMENTO Y/O CONTAINER

OBRA: Imperio Distrital FECHA: 21-05-2020

*** Marque con una "X" en la columna de ESTADO la condición encontrada para cada uno de los aspectos evaluados.**

ÍTEM	ESTADO			Grado de Acción			OBSERVACIONES
	SI	NO	No Aplica	A	B	C	
El ambiente se encuentra en adecuadas condiciones (pisos, paredes, puertas)?	X						
Las ventanas se encuentran en buen estado?			X				
Los techos son adecuados y estan en buenas condiciones?	X						
La pintura de las paredes, puertas y ventanas se encuentra en buen estado?			X				
El pasillo principal se encuentra en orden, limpio y libre de obstaculos?	X						
La iluminación es suficiente?	X						
Las instalaciones electricas se encuentran en buen estado (cables, tomacorrientes, interruptores, etc.?	X						
Existe punto de hidración?	X						
Existen baterías de baños para los trabajadores en la obra?	X						
Existen extintores en el campamentos y son adecuados para el area?	X						
Existen canecas o punto ecológicos?	X						
El area se encuentra señalizada, delimitada y demarcada?	X						
Las salidas de emeregencia se encuentran despejadas?	X						

CLASE	POTENCIAL DE PÉRDIDAS DE LAS CONDICIONES O ACTOS INSEGUROS IDENTIFICADOS
A	Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo o daños de considerable valor
B	Podría ocasionar lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal o daño a la propiedad menor al de la Clase A
C	Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores

COMPROMISOS	RESPONSABLE

ELABORÓ: Natalia Rincon / Practicante SST

	INSPECCIÓN DE CAMPAMENTO Y/O CONTAINER

OBRA: Cuarta Distrital **FECHA:** 29-05-2020

*** Marque con una "X" en la columna de ESTADO la condición encontrada para cada uno de los aspectos evaluados.**

ÍTEM	ESTADO			Grado de Acción			OBSERVACIONES
	SI	NO	No Aplica	A	B	C	
El ambiente se encuentra en adecuadas condiciones (pisos, paredes, puertas)?	X						
Las ventanas se encuentran en buen estado?			X				
Los techos son adecuados y estan en buenas condiciones?	X						
La pintura de las paredes, puertas y ventanas se encuentra en buen estado?			X				
El pasillo principal se encuentra en orden, limpio y libre de obstaculos?	X						
La iluminación es suficiente?	X						
Las instalaciones electricas se encuentran en buen estado ables, tomacorrientes, nterruptores, etc.?	X						
Existe punto de hidración?	X						
Existen baterias de baños para los trabajadores en la obra?	X						
Existen extintores en el campamentos y son adecuados para el area?	X						
Existen canecas o punto ecológicos?	X						
El area se encuentra señalizada, delimitada y demarcada?	X						
Las salidas de emeregencia se encuentran despejadas?	X						

CLASE	POTENCIAL DE PÉRDIDAS DE LAS CONDICIONES O ACTOS INSEGUROS IDENTIFICADOS
A	Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo o daños de considerable valor
B	Podría ocasionar lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal o daño a la propiedad menor al de la Clase A
C	Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores

COMPROMISOS	RESPONSABLE

ELABORO: William Alvarez / Residente SST

INSPECCIÓN DE EQUIPOS PARA TRABAJO EN ALTURAS

SERIE:			MARCA:		MARCA:		REFERENCIA:				
			SEMANA 1	OBSERVACIÓN	SEMANA 2	OBSERVACIÓN	SEMANA 3	OBSERVACIÓN	SEMANA 4	OBSERVACIÓN
Fecha inspección:			25-05-2010	25-05-2010	25-05-2010	25-5-2010	25-5-2010			
Nombre del usuario.			Julio	Richard	Josefina	Cristian	Cesar			
Utilizado en la labor de.										
Aspectos a inspeccionar			Si/No		Si/No		Si/No			Si/No
ARNES	Marca o fabricante		INSAFE	INSAFE	INSAFE	INSAFE	INSAFE			
	Cintas o Correas	Libres Rotura	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libre Desgaste	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libre Talladuras	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libre Torsión	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libre Suciedad	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libre sustancias químicas	Si	Si	Si	Si	Si			
	Costuras	Están Completas	Si	Si	Si	Si	Si			
		Están Reventadas	No	No	No	No	No			
	Partes plásticas	Están Completas	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libres de Fisuras	Si	Si	Si	Si	Si			
	Partes metálicas	Están Completas	Si	Si	Si	Si	Si			
		Presentan Corrosión	No	No	No	No	No			
		Libre Deformaciones	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libres de fisuras	Si	Si	Si	Si	Si			
	Otros:									
	El Estado general es Bueno o Malo									
	Observaciones		Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno			
ESLINGA	Marca o fabricante		INSAFE	INSAFE	INSAFE	INSAFE	INSAFE			
	Mosquetones	Ajustan perfectamente	Si	Si	Si	Si	Si			
		Poseen seguro	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libres de fisuras	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libres de corrosión	Si	Si	Si	Si	Si			
	Cuerda	Libre de rotura	Si	Si	Si	Si	Si			
		Trenzado completo	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libre nudos y empates	Si	Si	Si	Si	Si			
		Libre sustancias químicas	Si	Si	Si	Si	Si			
	El Estado general es bueno o Malo									
	Observaciones		Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno			
Línea de vida	Marca o fabricante									
	Anclaje	Punto fijo diferente estructura de anclaje:								
		Garantiza resistencia								
		Otros:								
	Cuerda	Libre de rotura								
		Trenzado completo								
		Libre nudos y empates								
		Libre sustan. químicas								
	Esta protegido contra arista									
	La línea es Horizontal o vertical?									
	Cuanta personas hay aseguradas?									
	Otros:									
	El Estado general es Bueno o Malo									
	Observaciones									
FIRMA DEL TRABAJADOR:			Julio		Josefina Costa					
CEDULA:			1037892[illegible]	1049900[illegible]	1003732[illegible]					

NOTA: Solo una persona asegurada por linea vertical. En la línea de vida horizontal se pueden asegurar varias personas, pero esta debe estar asegurada por tramos (1 personas por cada uno y cada tramo de 3 metros) y garantizar como mínimo 5000 libras por persona sujeta a ella

TRAZABILIDAD DEL EVENTO SUFRIDO

Marca	Fecha	IT / AT	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO (que incluya Altura, causa, entre otros)	ACCIONES TOMADAS

NOMBRE RESPONSABLE SST (ELABORÓ)		NOMBRE DEL TRABAJADOR		OBRA
Firma:	William Forero	Firma:		Imprenta Distrital
Cedula:	79581366	Cedula:	1037892[illegible]	

CONSORCIO PRUNI STEELS PANAMA UNIVERSITAS

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

FECHA: 30-05-2020 **OBRA:** Imprenta Digital

CONTRATISTA: Consorcio Pruni Steels

NO. EXTINTOR	CAPACIDAD (LBS)	CLASE	F. ULTIMA RECARGA	ESTADO DEL EXTINTOR										SEÑALIZACIÓN		UBICACIÓN		UBICACIÓN
				PINTURA	MANOMETRO	PASADOR	MANGUERA	BOQUILLA	ENVASE	SOPORTE DE COLGAR	MANIJA	MANTENIMIENTO (1)	CORROSION	INSTRUCCIONES DE MANEJO VISIBLE	SE ENCUENTRA SEÑALIZADO	ACCESO	ALTURA (menos de 1.5 m)	
1	20li	ABC1	09-19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	OK	OK	OK	OK	Campamento
2	20li	ABC1	09-19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	OK	OK	OK	OK	Almacén
3	20L	ABC1	09-19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	OK	OK	OK	OK	Producción
4	20L	ABC1	09-19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	OK	OK	OK	OK	Pasillo

OBSERVACIONES:

CLASE: A=AGUA A PRESION **BC**=CO2 **ABC 1**= POLVO QUÍMICO SECO **ABC 2**= SOLKAFLAM O AGENTE LIMPIO **B**= BUENO **M**=MALO **N.E**=NO EXISTE

1. AGITAR Y LIMPIEZA

ELABORÓ: William Fonseca

FIRMA: Residente SSO

865

PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.

INSPECCION PRE-USO DE ANDAMIOS

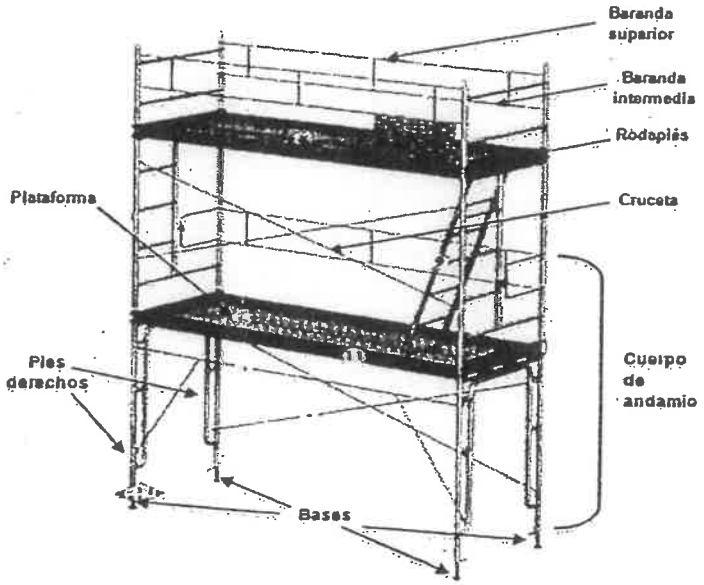
TRABAJO: Armado de Viga
UBICACIÓN: Producción
OBRA: Imprenta Distrito

FECHA: 27-05-2020
HORA: 07:30 AM
USUARIO: Jose Ucloyes

Marca: **Referencia:**

PARTES A EXAMINAR	ESTADO	OBSERVACIONES
Se realizo capacitación sobre el montaje del andamio previamente	✓	
El Andamio es metálico multidireccional certificado	✓	
Las escaleras son aptas para uso	✓	
Todos los componentes del andamio son aptos para uso ?(verticales, diagonales, horizontales)ect	✓	
Bases niveladas, duras y rígidas	✓	
Andamio soporta 4 veces la carga que sostendrá	✓	
Estructura adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	✓	
Las Plataformas del andamio estan aseguradas y la superficie es antidelizantes	✓	
Andamio sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más)	N/A	2 Secciones
No debe tener componentes mezclados de diferentes tipos de andamios	✓	
Plataformas son resistentes, están completas y son antideslizantes	✓	
Plataformas aseguradas y sin separaciones (no se deslizan)	✓	
Cuenta con baranda superior	✓	
Cuenta con baranda intermedia	✓	
Cuenta con rodapiés	N/A	
Cuenta con tarjetas de información	✓	
Se evidencia la ficha técnica	✓	
	JUSTIFICACIÓN:	
NOMBRE DEL RESPONSABLE SST: Willian Fonseca	**FIRMA:**	

LEYENDA (ESTADO):	
V	Correcto
X	Incorrecto
NA	No Aplica



PRISMA UNIVERSAL SEC S.A.S.

INSPECCIÓN PRE-USO DE ANDAMIOS

TRABAJO: Maquillado de Vigas
UBICACIÓN: Producción
OBRA: Frente Distrital

FECHA: 26-05-2020
HORA: 7:30 AM
USUARIO: Lisardo Vallejos

Marca: **Referencia:**

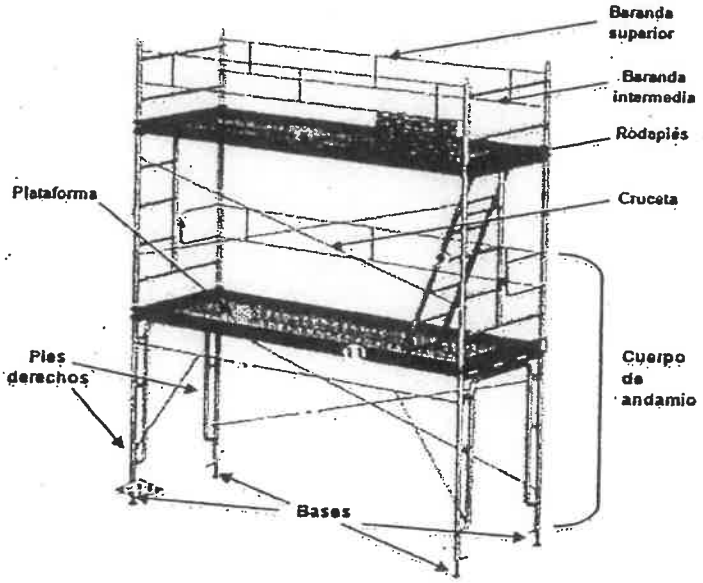
PARTES A EXAMINAR	ESTADO	OBSERVACIONES
Se realizo capacitación sobre el montaje del andamio previamente	✓	
El Andamio es metálico multidireccional certificado	✓	
Las escaleras son aptas para uso	✓	
Todos los componentes del andamio son aptos para uso ?(verticales, diagonales, horizontales)ect	✓	
Bases niveladas, duras y rígidas	✓	
Andamio soporta 4 veces la carga que sostendrá	✓	
Estructura adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados)	✓	
Las Plataformas del andamio estan aseguradas y la superficie es antideslizantes	✓	
Andamio sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más)	N/A	2 secciones
No debe tener componentes mezclados de diferentes tipos de andamios	✓	
Plataformas son resistentes, están completas y son antideslizantes	✓	
Plataformas aseguradas y sin separaciones (no se deslizan)	✓	
Cuenta con baranda superior	✓	
Cuenta con baranda intermedia	✓	
Cuenta con rodapiés	N/A	
Cuenta con tarjetas de información	✓	
Se evidencia la ficha técnica	✓	

JUSTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL RESPONSABLE SST: William Fonseca Vargas

FIRMA:

LEYENDA (ESTADO):	
V	Correcto
X	Incorrecto
NA	No Aplica



CONSORCIO PRUMESOES 84

LISTA DE CHEQUEO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OBRA: Interventoría

DESCRIPCION DEL TRABAJO A EJECUTAR: Andenes, Muros, Pisos de Vías, Pavimentos, Bordillos

FECHA INICIO DE LA ACTIVIDAD: 25-05-2020

ITEM	ASPECTO A EVALUAR	25 DIA 1	26 DIA 2	27 DIA 3	28 DIA 4	29 DIA 5	30 DIA 6	31 DIA 7
		C (Cumple), I (Incumple), N/A (No Aplica)						
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente	Verificar que en el sitio y en sus alrededores no existan materiales o equipos que puedan generar riesgos para las personas o equipos de la empresa	C	C	C	C	C	C	
Se han instalado mamparas o cinta para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas	Si en la zona de trabajo existe paso de personas o vehículos se debe aislar y señalizar el área de influencia para evitar el tránsito por el área	C	C	C	C	C	C	
Los equipos ha utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones.	Cuando el desarrollo de la actividad requiere del uso de equipos y materiales se debe verificar si su estado cumple con los requerimientos de calidad y seguridad, se debe inspeccionar que no se encuentren deteriorados, no oxidados o con grietas	C	C	C	C	C	C	
Se cuenta con equipo de protección contra caídas certificados (arnés, eslinga, línea de vida punto de anclaje) y en buen estado, donde el trabajador pueda asegurarse	Debe garantizarse que el trabajador tiene un sitio en la estructura o línea de vida certificada para asegurar el arnés, suministrado para la realización de la tarea	C	C	C	C	C	C	
Las escaleras cumplen con la norma para la labor a desempeñar	Si en la labor que se va a realizar se requiere el uso de escaleras portátiles o fijas, verificar que sean las apropiadas para el trabajo, y que su estado no presente deterioros. Los puntos de apoyo en el terreno deben ser de especial cuidado	C	C	C	C	C	C	
Los andamios son calificados y se encuentran en buenas condiciones, son suficientes y apropiados para la tarea a realizar	Si el trabajo en altura requiere del uso de andamios, se debe verificar que sean los apropiados en cantidad y calidad y que estén correctamente armados, con todas sus partes, para garantizar la estabilidad y seguridad del personal.	C	C	C	C	C	C	
La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la labor ha(n) recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea	La(s) persona(s) que realice(n) la tarea debe estar técnicamente capacitado(s) y entrenado(s) en las tareas asignadas. Además debe estar en capacidad de manejar equipos y elementos de seguridad	C	C	C	C	C	C	
Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un Brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor. Se ha divulgado y/o se conoce el procedimiento de rescate en alturas	Cuando el trabajo lo exija por las características de riesgo, (Trabajos en estructuras particulares) se debe coordinar con personal de la brigada de la empresa la presencia de un brigadista u otra persona con conocimientos de seguridad que apoye las actividades de control en caso de producirse un evento. El procedimiento de rescate en alturas debe ser conocido y aplicarse en caso de accidentes, este debe ser implementado por el personal responsable y competente en el tema	C	C	C	C	C	C	
Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo	Se suministran los elementos de protección personal necesarios para la actividad, se verifica su estado y uso correcto por la persona que realizarán la tarea; entre los equipos a verificar están: casco, guantes, gafas de seguridad, arnés u otros	C	C	C	C	C	C	
Se realizaran trabajos simultáneos en la misma área	Revisar si se están realizando otros trabajos de manera simultánea, para la identificación de otros peligros	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Se han consultado permisos de trabajo y se cumple con los requerimientos de éstos en caso de realizar otras tareas críticas	Cuando por algún caso se tengan que realizan otras tareas de alto riesgo (trabajos en caliente, de limpieza, corte o soldadura en alturas o en espacios confinados), se deben revisar los permisos para trabajos en estos ambientes y cumplir cabalmente los requisitos de seguridad para cada caso específico	C	C	C	C	C	C	
Los tendidos y líneas de conducción de electricidad están aislados de acuerdo con la norma RETIE, es decir, de acuerdo con el voltaje que conducen	Verificar que no existan líneas electricas energizadas con las cuales se pueda tener contacto	C	C	C	C	C	C	
Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento de la lista de chequeo y las que ejecutarán el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para ejecutar la actividad	Todas las personas que vayan a realizar el trabajo, y supervisor o persona encargada por la empresa del diligenciamiento del permiso, deben conocer y cumplir con los requerimientos exigidos. Si es la primera vez que lo realizan se debe capacitar y entrenar al personal en este tema antes de iniciar cualquier labor	C	C	C	C	C	C	
Cuentan las personas asignadas para el trabajo con la respectiva certificación para trabajos en altura o tienen la debida capacitación	Revisión de competencias o formación de los autorizados en trabajos en altura	C	C	C	C	C	C	
Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo estén al día en los pagos de seguridad social	Revisión del pago de aportes de seguridad social de los autorizados	C	C	C	C	C	C	
Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo cuenten con el certificado de aptitud medica para el cargo y para trabajos en altura	Revisión de que se cuente con los certificados de aptitud para el cargo y para realizar el trabajo en alturas por parte de los autorizados	C	C	C	C	C	C	

RESPONSABLE DEL TRABAJO		COORDINADOR DE ALTURAS	
	NOMBRE: Daniel Gomez		NOMBRE: Willa Flores
	FIRMA: Daniel Gomez		FIRMA:
	CARGO: Res. Auxiliar		

CONSORCIO PRUM SEDES 04

LISTA DE CHEQUEO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OBRA: Infraestructura

DESCRIPCION DEL TRABAJO A EJECUTAR: Magnitud de viga y columna; Desmonte de aspectos

FECHA INICIO DE LA ACTIVIDAD: 19-05-2020

		19	20	21	22	23	24	
ITEM	**ASPECTO A EVALUAR**	**DIA 1**	**DIA 2**	**DIA 3**	**DIA 4**	**DIA 5**	**DIA 6**	**DIA 7**
		C (Cumple), I (Incumple), N/A (No Aplica)						
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente	Verificar que en el sitio y en sus alrededores no existan materiales o equipos que puedan generar riesgos para las personas o equipos de la empresa	C	C	C	C	C		
Se han instalado mamparas o cinta para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas	Si en la zona de trabajo existe paso de personas o vehículos se debe aislar y señalizar el área de influencia para evitar el tránsito por el área	C	C	C	C	C		
Los equipos ha utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones.	Cuando el desarrollo de la actividad requiere del uso de equipos y materiales se debe verificar si su estado cumple con los requerimientos de calidad y seguridad, se debe inspeccionar que no se encuentren deteriorados, ni oxidados o con grietas	C	C	C	C	C		
Se cuenta con equipo de protección contra caídas certificados (arnés, eslinga, línea de vida punto de anclaje) y en buen estado, donde el trabajador pueda asegurarse	Debe garantizarse que el trabajador tiene un sitio en la estructura o línea de vida certificada para asegurar el arnés, suministrado para la realización de la tarea	C	C	C	C	C		
Las escaleras cumplen con la norma para la labor a desempeñar	Si en la labor que se va a realizar se requiere el uso de escaleras portátiles o fijas, verificar que sean las apropiadas para el trabajo, y que su estado no presente deterioros. Los puntos de apoyo en el terreno deben ser de especial cuidado	C	C	C	C	C		
Los andamios son cetificados y se encuentran en buenas condiciones, son suficientes y apropiados para la tarea a realizar	Si el trabajo en altura requiere del uso de andamios, se debe verificar que sean los apropiados en cantidad y calidad y que estén correctamente armados, con todas susa partes, para garantizar la estabilidad y seguridad del personal.	C	C	C	C	C		
La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la labor ha(n) recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea	La(s) persona(s) que realice(n) la tarea debe estar técnicamente capacitado(s) y entrenado(s) en las tareas asignadas. Además debe estar en capacidad de manejar equipos y elementos de seguridad	C	C	C	C	C		
Se requiere la presencia de una persona de seguridad o un Brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor. Se ha divulgado y/o se conoce el procedimiento de rescate en alturas	Cuando el trabajo lo exija por las características de riesgo, (Trabajos en estructuras particulares) se debe coordinar con personal de la brigada de la empresa la presencia de un brigadista u otra persona con conocimientos de seguridad que apoye las actividades de control en caso de producirse un evento. El procedimiento de rescate en alturas debe ser conocido y aplicarse en casos de accidentes, este debe ser implementado por el personal responsable y competente en el tema	C	C	C	C	C		
Se tienen los elementos de protección personal apropiados para realizar el trabajo	Se suministran los elementos de protección personal necesarios para la actividad, se verifica su estado y uso correcto por la persona que realizarán la tarea; entre los equipos a verificar están: casco, guantes, gafas de seguridad, arnés u otros	C	C	C	C	C		
Se realizaran trabajos simultáneos en la misma área	Revisar si se están realizando otros trabajos de manera simultánea, para la identificación de otros peligros	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Se han consultado permisos de trabajo y se cumple con los requerimientos de éstos en caso de realizar otras tareas críticas	Cuando por algún caso se tengan que realizan otras tareas de alto riesgo (trabajos en caliente, de limpieza, corte o soldadura en alturas o en espacios confinados), se deben revisar los permisos para trabajos en estos ambientes y cumplir cabalmente los requisitos de seguridad para cada caso específico	C	C	C	C	C		
Los tendidos y líneas de conducción de electricidad están aislados de acuerdo con la norma RETIE, es decir, de acuerdo con el voltaje que conducen	Verificar que no existan líneas eléctricas energizadas con las cuales se pueda tener contacto	C	C	C	C	C		
Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento de la lista de chequeo y las que ejecutarán el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para ejecutar la actividad	Todas las personas que vayan a realizar el trabajo, y supervisor o persona encargada por la empresa del diligenciamiento del permiso, deben conocer y cumplir con los requerimientos exigidos. Si es la primera vez que lo realizan se debe capacitar y entrenar al personal en este tema antes de iniciar cualquier labor	C	C	C	C	C		
Cuentan las personas asignadas para el trabajo con la respectiva certificación para trabajos en altura o tienen la debida capacitación	Revisión de competencias o formación de los autorizados en trabajos en altura	C	C	C	C	C		
Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo estén al día en los pagos de seguridad social	Revisión del pago de aportes de seguridad social de los autorizados	C	C	C	C	C		
Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo cuenten con el certificado de aptitud medica para el cargo y para trabajos en altura	Revisión de que se cuente con los certificados de aptitud para el cargo y para realizar el trabajo en alturas por parte de los autorizados	C	C	C	C	C		

RESPONSABLE DEL TRABAJO	**NOMBRE:** Daniel Gomez	**COORDINADOR DE ALTURAS**	**NOMBRE:** William Gomez
	FIRMA: Daniel Gomez		**FIRMA:**
	CARGO: Res. Obra		

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

PRUNA

INGENIERIA SAS

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

OBRA: Imprenta Distrital **FECHA:** 19-05-2020

DESCRIPCION DEL TRABAJO A EJECUTAR: Desencofrado de Estructura e Inspecciones en obra

OTRAS TAREAS CRITICAS SIMULTANEAS (Para esas actividades se debe realizar el permiso de trabajo correspondiente y documentos anexos)

TRABAJO EN CALIENTE [ ] IZAJE DE CARGAS [ ] USO DE PRODUCTOS QUÍMICOS [ ] OTRO CUÁL:

DOCUMENTOS DE SOPORTE REQUERIDOS

REGISTRO	Si	No	N/A	REGISTRO	Si	No	N/A	REGISTRO	Si	No	N/A
ATS	X			LISTA DE CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE ACCESO(OTROS) CUAL:			X	PLAN DE IZAJE DE CARGAS			
LISTA DE CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE ACCESO (ESCALERAS)			X	LISTA DE CHEQUEO DE TRABAJO EN EXCAVACIONES			X	OTROS (CUALES)			
LISTA DE CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE ACCESO (ANDAMIO)	X			LISTA DE CHEQUEO PARA MANEJO DE PRODUCTOS QUIMICOS			X				
LISTA DE CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE ACCESO (ELEVADOR)			X	LISTA DE CHEQUEO PARA VALORACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD TAREAS DE ALTO RIESGO			X				

ALTURA MÁXIMA DE TRABAJO AUTORIZADA 6 m

CARGA MÁXIMA DE TRABAJO AUTORIZADA 400 kg

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS REQUERIDOS PARA LA TAREA (Marque A (aplica) o NA (No aplica))

Puntos de anclaje	X	Mosquetones		Descendedor		Otros, cuales?
Mecanismos de anclaje		Eslinga para restricción	X	Ascendedor		
Lineas de vida horizontal cable		Eslinga para posicionamiento		Arrestador (freno)		
Lineas de vida horizontal cuerda		Eslinga para detención		Poleas		
Lineas de vida vertical cable		Arnes integral de seguridad	X	Silleta		
Lineas de vida vertical cuerda		Cuerda certificada para rescate				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL NECESARIOS PARA LA ACTIVIDAD

Casco con barbuquejo de 3 puntos	X	Guantes dielectricos		Proteccion respiratoria		Otros, cuales?
Botas de seguridad	X	Guantes , Tipo		Chaleco reflectivo		
Gafas de seguridad	X	Protección facial		Ropa de trabajo (overol)	X	
Guantes de algodon		Proteccion auditiva		Peto de carnaza		
Guantes de cuero		Careta de soldador		Impermeable		

SISTEMAS DE ACCESO, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE SEGURIDAD REQUERIDOS PARA LA TAREA

Extintores	X	Kit ambiental		Escaleras tipo tijera		Otros, cuales?
Elementos para delimitación	X	Kit Lava ojos		Escalera extensibles		
Elementos de señalizacion	X	Detector de gases		Escaleras fijas		
Equipos de Comunicación	X	Andamios	X	Elevadores		
Botiquín	X	Gruas con canasta				

FECHA DE INICIO DEL PERMISO	19	05	2020	10	00	FECHA FINALIZACION DEL PERMISO	24	05	2020	06	00 PM

LISTA DE CHEQUEO PARA PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS (Marque con una X)

	VERIFICACION IMPLEMENTACION	ASPECTO A TENER EN CUENTA	SI	NO	N/A
1	El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente	Verificar que en el sitio y en sus alrededores no existan materiales o equipos que puedan generar riesgos para las personas o equipos de la empresa. Si existe el riesgo, se debe corregir para poder diligenciar el permiso.	X		
2	Se han instalado mamparas, cerramiento rigido o cinta para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas.	Si en la zona de trabajo existe paso de personas o vehículos se debe aislar y señalizar el área de influencia para evitar el tránsito por el área.	X		
3	Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	Cuando el desarrollo de la actividad requiere del uso de equipos y materiales se debe verificar si su estado cumple con los requerimientos de calidad y seguridad, se debe inspeccionar que no se encuentren deteriorados, ni oxidados o con grietas	X		
4	La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la labor ha(n) recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea	La(s) persona(s) que realizará la tarea debe estar técnicamente capacitada y entrenada en las tareas asignadas. Además debe estar en capacidad de manejar equipos y elementos de seguridad.	X		
5	Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso y las que ejecutarán el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso	Todas las personas que vayan a realizar el trabajo así como el solicitante (supervisor o persona encargada por laempresa) del diligenciamiento del permiso, deben conocer y cumplir con los requerimientos exigidos. Si es la primera vez que lo realizan se debe capacitar y entrenar al personal en este tema antes de iniciar cualquier labor.	X		
6	Los tendidos y líneas de conducción de electricidad están aislados de acuerdo con la norma RETIE, es decir, de acuerdo con el voltaje que conducen	Verificar que no existan líneas eléctricas energizadas con las cuales se pueda tener contacto	X		
7	Se realizaran trabajos simultáneos en la misma área	Revisar si se están realizando otros trabajos de manera simultánea, para la identificación de otros peligros.			X
8	Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo estén al día en los pagos de seguridad social.	Revisión del pago de aportes de seguridad social de los autorizados	X		
9	Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo cuenten con el certificado de aptitud medica para trabajos en altura.	Revisión de que se cuente con los certificados de aptitud para realizar el trabajo en alturas por parte de los autorizados	X		

CONSORCIO PRUNI SEDES 04

PARISMA

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

OBRA: Imprata Distrital **FECHA:** 25-05-2020

DESCRIPCION DEL TRABAJO A EJECUTAR: Armado de Vigas Riostras de Vigas y columnas

OTRAS TAREAS CRITICAS SIMULTANEAS (Para esas actividades se debe realizar el permiso de trabajo correspondiente y documentos anexos)

TRABAJO EN CALIENTE [ ] IZAJE DE CARGAS [ ] USO DE PRODUCTOS QUÍMICOS [ ] OTRO CUÁL: _____

DOCUMENTOS DE SOPORTE REQUERIDOS

REGISTRO	Si	No	N/A	REGISTRO	Si	No	N/A	REGISTRO	Si	No	N/A
ATS	X			LISTA DE CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE ACCESO(OTROS) CUAL:			X	PLAN DE IZAJE DE CARGAS			X
LISTA DE CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE ACCESO (ESCALERAS)	X			LISTA DE CHEQUEO DE TRABAJO EN EXCAVACIONES			X	OTROS (CUALES)_____			
LISTA DE CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE ACCESO (ANDAMIO)	X			LISTA DE CHEQUEO PARA MANEJO DE PRODUCTOS QUIMICOS			X				
LISTA DE CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE ACCESO (ELEVADOR)			X	LISTA DE CHEQUEO PARA VALORACION DE CONDICIONES DE SALUD TAREAS DE ALTO RIESGO	X						

ALTURA MÁXIMA DE TRABAJO AUTORIZADA 10 m

CARGA MÁXIMA DE TRABAJO AUTORIZADA 700 kg

EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS REQUERIDOS PARA LA TAREA (Marque A (aplica) o NA (No aplica))

Puntos de anclaje	X	Mosquetones		Descendedor		Otros, cuales?
Mecanismos de anclaje		Eslinga para restricción	X	Ascendedor		
Lineas de vida horizontal cable		Eslinga para posicionamiento	X	Arrestador (freno)		
Lineas de vida horizontal cuerda		Eslinga para detención		Poleas		
Lineas de vida vertical cable		Arnes integral de seguridad	X	Silleta		
Lineas de vida vertical cuerda		Cuerda certificada para rescate				

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL NECESARIOS PARA LA ACTIVIDAD

Casco con barbuquejo de 3 puntos	X	Guantes dielectricos		Proteccion respiratoria		Otros, cuales?
Botas de seguridad	X	Guantes , Tipo		Chaleco reflectivo		
Gafas de seguridad	X	Protección facial		Ropa de trabajo (overol)	X	
Guantes de algodon		Proteccion auditiva		Peto de carnaza		
Guantes de cuero	X	Careta de soldador		Impermeable		

SISTEMAS DE ACCESO, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE SEGURIDAD REQUERIDOS PARA LA TAREA

Extintores	X	Kit ambiental		Escaleras tipo tijera		Otros, cuales?
Elementos para delimitación	X	Kit Lava ojos		Escalera extensibles		
Elementos de señalizacion	X	Detector de gases		Escaleras fijas		
Equipos de Comunicación		Andamios	X	Elevadores		
Botiquín	X	Gruas con canasta				

FECHA DE INICIO DEL PERMISO	25	05	2020	07	00	FECHA FINALIZACION DEL PERMISO	30	05	2020	18	00

LISTA DE CHEQUEO PARA PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS (Marque con una X)

	VERIFICACION IMPLEMENTACION	ASPECTO A TENER EN CUENTA	SI	NO	N/A
1	El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado completamente	Verificar que en el sitio y en sus alrededores no existan materiales o equipos que puedan generar riesgos para las personas o equipos de la empresa. Si existe el riesgo, se debe corregir para poder diligenciar el permiso.	X		
2	Se han instalado mamparas, cerramiento rigido o cinta para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas.	Si en la zona de trabajo existe paso de personas o vehículos se debe aislar y señalizar el área de influencia para evitar el tránsito por el área.	X		
3	Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	Cuando el desarrollo de la actividad requiere del uso de equipos y materiales se debe verificar si su estado cumple con los requerimientos de calidad y seguridad, se debe inspeccionar que no se encuentren deteriorados, ni oxidados o con grietas	X		
4	La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la labor ha(n) recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea	La(s) persona(s) que realizará la tarea debe estar técnicamente capacitada y entrenada en las tareas asignadas. Además debe estar en capacidad de manejar equipos y elementos de seguridad.	X		
5	Se garantiza que las personas que realizarán el diligenciamiento del permiso y las que ejecutarán el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso	Todas las personas que vayan a realizar el trabajo así como el solicitante (supervisor o persona encargada por laempresa) del diligenciamiento del permiso, deben conocer y cumplir con los requerimientos exigidos. Si es la primera vez que lo realizan se debe capacitar y entrenar al personal en este tema antes de iniciar cualquier labor.	X		
6	Los tendidos y líneas de conducción de electricidad están aislados de acuerdo con la norma RETIE, es decir, de acuerdo con el voltaje que conducen	Verificar que no existan líneas eléctricas energizadas con las cuales se pueda tener contacto	X		
7	Se realizaran trabajos simultáneos en la misma área	Revisar si se están realizando otros trabajos de manera simultánea, para la identificación de otros peligros.			X
8	Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo estén al día en los pagos de seguridad social.	Revisión del pago de aportes de seguridad social de los autorizados	X		
9	Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo cuenten con el certificado de aptitud medica para trabajos en altura.	Revisión de que se cuente con los certificados de aptitud para realizar el trabajo en alturas por parte de los autorizados	X		

Obra Impronta Distrito Año 2020

Trabajador Consorcio Provisoria C.C. 901294259-1 Cargo Oficiales Edad ____ Años

Nº	Tareas de Alto Riesgo a Realizar	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
1	Trabajos en Alturas																			X					
2	Izaje de Cargas																								
3	Trabajos en Caliente																								
4	Otros. Cuáles____																								

Marque **S** (SI) o **N** (No) si sufre cualquiera de las siguientes condiciones de salud:

Nº	Condiciones de Salud Actual	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
1	Trastorno de Equilibrio, mareo, vértigo																			N					
2	Enfermedad diarreica, infecciosa o febril aguda y/o vómito																			N					
3	Trastorno visual																			N					
4	Trastorno auditivo (Dolor intenso)																			N					
5	Consumo de Alcohol y/o drogas psicoactivas hasta 24 horas antes																			N					

Declaro que la información consignada en esta ficha es verídica, no he omitido ninguna información relevante para la realización de tareas de alto riesgo y doy fe que conozco y acepto todas las medidas tendientes a evitar la ocurrencia de un accidente en mi persona y en mis compañeros de trabajo.

Observaciones:

Firma del trabajador	Sosapilio					

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA REVISIÓN William Fonseca Vargas

Nº	Tareas de Alto Riesgo a Realizar	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
1	Trabajos en Alturas																								
2	Izaje de Cargas																								
3	Trabajos en Caliente																								
4	Otros. Cuáles____																								

Marque **S** (SI) o **N** (No) si sufre cualquiera de las siguientes condiciones de salud:

Nº	Condiciones de Salud Actual	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
1	Trastorno de Equilibrio, mareo, vértigo																								
2	Enfermedad diarreica, infecciosa o febril aguda y/o vómito																								
3	Trastorno visual																								
4	Trastorno auditivo (Dolor intenso)																								
5	Consumo de Alcohol y/o drogas psicoactivas hasta 24 horas antes																								

Declaro que la información consignada en esta ficha es verídica, no he omitido ninguna información relevante para la realización de tareas de alto riesgo y doy fe que conozco y acepto todas las medidas tendientes a evitar la ocurrencia de un accidente en mi persona y en mis compañeros de trabajo.

Observaciones:

Firma del trabajador	José Mata	David Gomez	Jerson D'Oz			

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA REVISIÓN William Fonseca Vargas

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

INSPECCION PREOPERACIONAL DE TALADRO ELECTRICO

Obra: Inpark Distrital

Fecha: 25-05-2020

Equipo: Taladro Atornillador

Marca/Modelo: _____ Placa/ Ref: _____

Operador: Carlos Mena

Cédula: _____

Los Items sombreados son críticos y deben estár buenos. Si se encuentran Regulares o Malos generan inmovilización del Equipo hasta que sean corregidos.

Convenciones : √ Bueno, **X:** Malo, **R:** Regular, **F:** Falta, **N:** No aplica

SISTEMA	ITEM	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
		25-05-2020			
EQUIPO	Aseo y Limpieza	✓			
	Estado de la carcaza	✓			
	Manijas de sujeción (laterar y/o Trasera)	✓			
	Operación del Switch de encendido	✓			
	Cable y clavija de Conexión a la red eléctrica	✓			
	Estado del Mandril	✓			
	Llave para ajuste y cambio de brocas	✓			
	El enchufe se encuentra en buenas condiciones	✓			
	Letreros e Indicadores	✓			
	Estado General de la Estructura del equipo	✓			
EPI	Protectores auditivos de insercion	✓			
	Guantes de vaqueta / poliuretano tipo ingeniero	✓			
	Gafas (claras / oscuras)				
FIRMA DEL TRABAJADOR					
Vo. Bo. RESPONSABLE SST					

OBSERVACIONES:

Equipo Operativo SI:____ **NO:**____

873

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

INSPECCION DE PULIDORA

Obra: Impronta Distrital

Equipo: Pulidora | Marca/Modelo: | Fecha: 21-05-2020

Trabajador: Julio Pinto | Cédula: 1033789264 | Placa/ Rel:

Los ítems sombreados son críticos y deben estár buenos. Si se encuentran Regulares o Malos generan inmovilización del Equipo hasta que sean corregidos.

Convenciones : √ Bueno, **X:** Malo, **R:** Regular, **F:** Falta, **N:** No aplica

SISTEMA	ITEM	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
		18-05-2020	25-05-2020		
EQUIPO	Aseo y Limpieza	✓	✓		
	Estado de la carcaza	✓	✓		
	Manijas de sujeción (laterar y Trasera)	✓	✓		
	Operación del Switch de encendido	✓	✓		
	Cable y clavija de Conexión a la red eléctrica	✓	✓		
	Guarda protectora en el disco	✓	✓		
	Estado del disco	✓	—		
	Mecanismo de aseguramiento del disco para cambio.	✓	✓		
	Letreros e Indicadores	✓	✓		
	Estado General de la Estructura del equipo	✓	—		
EPI	Tapa oidos de copa	✓	—		
	Tapa oidos de insercion	✓	✓		
	Careta		X		
	Peto	✓	✓		
	Mangas				
	Guantes de vaqueta / camaza		—		
	FIRMA DEL TRABAJADOR	✓			
	Vo. Bo. RESPONSABLE SST				

OBSERVACIONES:

Equipo Operativo SI:____ NO:____

874

760

ANEXO No. 9
IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE BIOSEGURIDAD POR PARTE DE LA INTERVENTORÍA ARQUITECTURA URBANA LTDA.

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Nancy Silva, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Coordinadora de Interventoria, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 26 de 05 de 2020

NOMBRE: Nancy Silva Martinez.

CEDULA: 33.379.020 Tunja.

CARGO: Coordinadora de Interventoria.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 26 | 05 | 20 a 29 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	NANCY FABIOLA SILVA. MARTINEZ
CEDULA DE CIUDADANIA	33.379.020 TUNJA.
EDAD	34.
CARGO	COORDINADORA DE INTERVENTORIA.
CELULAR	3102183803
EPS	SANITAS.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	JHON FREDY SALINAS LOAIZA.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3103136536.
DIRECCION DE RESIDENCIA	CRA 18 A 182 -59

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X										
2. Hipertensión arterial				X										
3. Enfermedad renal				X										
4. Diabetes				X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X.										
6. Embarazada			X											
7. EPOC				X.										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X				X						
2. Secreción nasal				X				X						
3. Fiebre (≥ 38°C)				X				X						
4. Dolor de garganta				X				X						
5. Ahogo o dificultad para respirar				X				X						
6. Malestar general				X				X						
7. Diarrea				X				X						
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			36,2	5:00pm										
8. Temperatura entrada			36,2	2:00pm			36,1	7:45						

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X										
¿Consulto al medico por los sintomas?				X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	Si Lunes, Miercoles Y Viernes
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Nancy Silva Martinez	CARGO: Coordinadora de Interventoria	CEDULA: 33379.020	PROYECTO/ÁREA: Ciudad Bolivar

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				
FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	FIRMA DE QUIEN RECIBE:
26/05/20.											X																						

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

880

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Katty Andred Farfán A. trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Ing. Civil Prof Apoyo de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de 05 de 2020

NOMBRE: Katty Andred Farfán Arias

CEDULA: 1'031. 146. 000

CARGO: Ing Civil Prof Apoyo

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 25 | 05 | 2020 a 31 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Kathy Andrea Farfán Arias
CEDULA DE CIUDADANIA	1.031.146.000
EDAD	27
CARGO	Ing Civil Prof Apoy
CELULAR	3132158034
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Ismelda Arias
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3215085524
DIRECCION DE RESIDENCIA	Dg 67 B Sur No 28-21

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			36,0	05:00	36,0	05:00	35,6	05:00	36,0	05:00				
8. Temperatura entrada	36,2	08:00	36,2	08:00	34,2	08:00	36,3	08:00	08:00	35,2	36,2	08:00		

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Katty Andrea Farfán A.	CARGO: Ing. Civil Prof Apoyo	CEDULA: 1'031.146.000	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	**DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19**	**SST-FT-055 VERSION 01**

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo OLGA MARIA VANEGAS C., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de COORD. RR HH., de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 25 de 05 de 2020

NOMBRE: OLGA MARIA VANEGAS C.

CEDULA: 51776082

CARGO: COORD. RR HH

	REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 26 | 05 | 20 a 30 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	OLGA MARIA VANEGRAS CARREÑO
CEDULA DE CIUDADANIA	32796082
EDAD	38
CARGO	COORD. RRHH
CELULAR	3143690191
EPS	SURA
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	MARIA CARREÑO
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3174525707
DIRECCION DE RESIDENCIA	

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				\		\		\		\		\		
2. Hipertensión arterial				\		\		\		\		\		
3. Enfermedad renal				\		\		\		\		\		
4. Diabetes				\		\		\		\		\		
5. Enfermedades inmunosdepresoras				\		\		\		\		\		
6. Embarazada				\		\		\		\		\		
7. EPOC				\		\		\		\		\		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				\		\		\		\		\		
2. Secreción nasal				\		\		\		\		\		
3. Fiebre (≥ 38°C)				\		\		\		\		\		
4. Dolor de garganta				\		\		\		\		\		
5. Ahogo o dificultad para respirar				\		\		\		\		\		
6. Malestar general				\		\		\		\		\		
7. Diarrea				\		\		\		\		\		

	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			36.1	300.	36.2	300.	36.0	300.	36.2	300	36.1	1000		
8. Temperatura entrada			36.0	800	35.2	800.	35.4	800.	36.2	800.	35.8	800.		

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		\		\		\		\		\		\		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		\		\		\		\		\		\		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		\		\		\		\		\		\		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		\		\		\		\		\		\		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		\		\		\		\		\		\		
¿Consulto al medico por los sintomas?		\		\		\		\		\		\		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

OLGA VARGAS RAMOS

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: OLGA MARIA VALDERRAMA C.	CARGO: COORD. RRHH.	CEDULA: 52'746082	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2			3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS					PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				
FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	LENTES	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	TAPABOCAS N-95	TAPABOCAS TERMOSELLADOS	CARA COMPLETA - CARETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE POLIPROPILENO	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	FIRMA DE QUIEN RECIBE:
260520											/				/																	OLGAV
270520											/																					OLGAV.
280520											/				/																	OLGAV.
290520											/																					OLGAV.
300520											/																					OLGAV.

888

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:

CARGO:

FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: OLGA MARIA VALDERRAMA C.

CARGO: COORD. RRHH

CEDULA: 52'796082.

PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES YAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	GARNES	
18052020											✓					✓																	
19052020											✓																						
200520											✓					✓																	
210520											✓																						
220520											✓																						

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

688

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo MAURICIO BARRERO B, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de RESIDENTE F.L.C.B, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 30 de 5 de 2020

NOMBRE: NELSON MAURICIO BARRERO B.

CEDULA: 1732457H

CARGO: RESIDENTE F.L.C.B

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana [ ][ ][ ] a [ ][ ][ ]

NOMBRE COMPLETO	NELSON MAURICIO BARRERO BENAVIDES
CEDULA DE CIUDADANIA	17324571 Vlcc
EDAD	57
CARGO	RESIDENTE P.L.C.B.
CELULAR	3132600335
EPS	SANITAS
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	LUZ MERY HERNANDEZ
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3102715178
DIRECCION DE RESIDENCIA	CRA 19A # 173-70 B4 xPto 10-02

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca						X				X		X		
2. Hipertensión arterial						X				X		X		
3. Enfermedad renal						X				X		X		
4. Diabetes						X				X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras						X				X		X		
6. Embarazada														
7. EPOC						X				X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos						X				X		X		
2. Secreción nasal						X				X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)						X				X		X		
4. Dolor de garganta						X				X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar						X				X		X		
6. Malestar general						X				X		X		
7. Diarrea						X				X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida						36.3				36.2		36.2		
8. Temperatura entrada						36.4				36.3		36.2		

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?						X				X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?						X				X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?						X				X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?						X				X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?						X				X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?						X				X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO: / CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	ARNES PARA CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN NITRILO ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	
5-27/20																																	
5-29/20																																	
5-30/20																																	

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

893

ARQUITECTURA URBANA Y LUX	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Eyson Fernando Zambrano, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Conductor Aux Administrativo de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de ____ de 2020

NOMBRE: Fernando Zambrano V.

CEDULA: 80928100

CARGO: Conductor Auxiliar Administrativo

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 25 | 5 | 20 a 30 | 5 | 20

NOMBRE COMPLETO	Eyson Fernando Rumbero Tellez
CEDULA DE CIUDADANIA	80928100
EDAD	34
CARGO	Conductor Auxiliar Administrativo
CELULAR	3158922087
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Yoana Pulido
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3163605655
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cs 97c 71 sur 30

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		X
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		X
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		X
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		X
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		X
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		X
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		X

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36°1	13:00	36°1	17:00	36.2°	17:00	35.6°	17:00	36	17:00	36.2°	12:00		
8. Temperatura entrada	35.6°	8:14	36°3	8:00	8:00	36°2	35.3	8:00	36.1	8:00	35°3	8:00		

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Fernando Tamara

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: | CARGO: | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Fernando Enrique Perez | CARGO: Conductor Auxilio Administrativo | CEDULA: 80978100 | PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Juan Carlos Bucera, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Aux. SST, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 27 de 05 de 2020

NOMBRE: Juan Carlos Bucera

CEDULA: 79.389.138

CARGO: Aux. SST

VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la v de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 25 | 02 | 2020 a 29 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Juan Carlos Bucin-
CEDULA DE CIUDADANIA	79.359.138
EDAD	52
CARGO	Dir. SS -
CELULAR	79.359.136
EPS	Salud Total
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Blanca Leonor Bucin
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 6 Bis #900-50 Ap. 403 - T 28

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial			X		X		X		X		X			
3. Enfermedad renal				X		X		X		X		X		
4. Diabetes				X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X		X		X		X		X		
6. Embarazada				X		X		X		X		X		
7. EPOC				X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal				X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)				X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta				X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar				X		X		X		X		X		
6. Malestar general				X		X		X		X		X		
7. Diarrea				X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			35.9	5 pm	35.1	5 pm	34.9	5 pm	36.1	5 pm	35.1	12.00		
8. Temperatura entrada			36.1	7.50	35.9	8 Am	35.9	7.50	35.1	7.50	36.1	7.50		

				NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X		X		X		X					
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X		X		X		X					
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X		X		X		X					
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X		X		X		X					
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X		X		X		X					
¿Consulto al medico por los sintomas?				X		X		X		X					

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	**DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19**	**SST-FT-055 VERSION 01**

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Myriam Stella Ochoa, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Oficios Varios, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, ___ de ____ de 2020

NOMBRE: Myriam Stella Ochoa

CEDULA: 46368.183

CARGO: Oficios Varios

	REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA_ Y AURBANA S.A.S_ para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 26. 05 2024 a

NOMBRE COMPLETO	Myriam Stella [illegible]
CEDULA DE CIUDADANIA	26368 183 —
EDAD	48.
CARGO	Oficios Varios
CELULAR	317 713 22. 14
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Jorge Enrique Tovar
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	320 309 1491
DIRECCION DE RESIDENCIA	- —

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X						/				
2. Hipertensión arterial		X		X						/				
3. Enfermedad renal		X		X						/				
4. Diabetes		X		X						/				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X						/				
6. Embarazada		X		X						/				
7. EPOC		X		X						/				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X								/				
2. Secreción nasal		X								/				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X								/				
4. Dolor de garganta										/				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X								/				
6. Malestar general		X								/				
7. Diarrea		X								/				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida										1:23pm	36.2			
8. Temperatura entrada										8:am	34.5			

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X										
¿Consulto al medico por los sintomas?				X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Myriam Stella Cubillos

Nombre del Responsable de SST

Myriam Stella Cubillos

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Diana Catherine Morales V, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Profesional SST A, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 26 de 05 de 2020

NOMBRE: Diana C Morales V

CEDULA: 1026572198

CARGO: Profesional SST

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la v de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA. Y AURBANA S.A.S. para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 26 | 05 | 2020 a 30 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Diana Catherine Morales Velasquez
CEDULA DE CIUDADANIA	1026572178
EDAD	28
CARGO	Profesional SST
CELULAR	3187607271
EPS	Famisanar EPS
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Ana Velasquez
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3152411156
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra 7 este # 32 C 81

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIÉRCOLES SI	MIÉRCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SÁBADO SI	SÁBADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Enfermedad cardiaca				X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial				X		X		X		X				
3. Enfermedad renal				X		X		X		X				
4. Diabetes				X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X		X		X		X				
6. Embarazada				X		X		X		X				
7. EPOC				X		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES SI	LUNES NO	MARTES SI	MARTES NO	MIERCOLES SI	MIERCOLES NO	JUEVES SI	JUEVES NO	VIERNES SI	VIERNES NO	SABADO SI	SABADO NO	DOMINGO SI	DOMINGO NO
1. Tos				X		X		X		X				
2. Secreción nasal				X		X		X		X				
3. Fiebre (> 38°C)				X		X		X		X				
4. Dolor de garganta				X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar				X		X		X		X				
6. Malestar general				X		X		X		X				
7. Diarrea				X		X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			36	8:00	36,1	8:00	36,0	6 am	36,2	8:00				
8. Temperatura entrada			36,1	5:00	36,0	5:00	36	5:00	36,2	5:00				

¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?														
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?														
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?														
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?														
¿Consulto al medico por los sintomas?														

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre de Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Luis Alejandro Valencia Soto, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Inspector de Interventoría, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19,** me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 26 de 05 de 2020

NOMBRE: Luis Alejandro Valencia Soto

CEDULA: 1 003 038 476

CARGO: Inspector de Interventoría

VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la v de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana [ ][ ][ ] a [ ][ ][ ]

NOMBRE COMPLETO	Luis Alejandro Valencia Soto
CEDULA DE CIUDADANIA	1 003 838 426
EDAD	26 años
CARGO	Inspector de interventoria
CELULAR	301 346 5272
EPS	Nueva EPS
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 95 # 71-75 apto 703 torre 4

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial				X		X		X		X				
3. Enfermedad renal				X		X		X		X				
4. Diabetes				X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X		X		X		X				
6. Embarazada				X		X		X		X				
7. EPOC				/		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X		X		X		X				
2. Secreción nasal				X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)				X		X		X		X				
4. Dolor de garganta				X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar				X		X		X		X				
6. Malestar general				X		X		X		X				
7. Diarrea				X		X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			5:00	36.1	35.7	5:00	36.2	5:00	36,2	5:00				
8. Temperatura entrada			8:00	35.A	35	9:00	35.A	8:00	35.2	8:00				

¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X		X		X		X					
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X		X		X		X					
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X		X		X		X					
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X		X		X		X					
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los síntomas?				X		X		X		X					
¿Consulto al medico por los síntomas?				X		X		X		X					

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Carlos G Wilches, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Residente, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.**, para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 20 de 05 de 2020

NOMBRE: Carlos G Wilches

CEDULA: 79 720 581

CARGO: Residente Interventoría

	REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 05 20 a 24 05 20

NOMBRE COMPLETO	Carlos Giovanni Wilches Montero
CEDULA DE CIUDADANIA	79 720 591
EDAD	43
CARGO	Residente Interventoría
CELULAR	3006112009
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Jenny Ortega
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3016009610
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cll 146 # 94 - 69 Apto 604

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca						X								
2. Hipertensión arterial						X								
3. Enfermedad renal						X								
4. Diabetes						X								
5. Enfermedades inmunosdepresoras						X								
6. Embarazada						X								
7. EPOC						X								

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos						X								
2. Secreción nasal						X								
3. Fiebre (≥ 38°C)						X								
4. Dolor de garganta						X								
5. Ahogo o dificultad para respirar						X								
6. Malestar general						X								
7. Diarrea						X								
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada						36.1								

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?						X								
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?						X								
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?						X								
¿Consulto al medico por los sintomas?						X								

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Sandra Tatiana Perez Chavarro, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Apoyo jurídico Secretaria General, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia 20 de 05 de 2020

NOMBRE: Sandra Tatiana Pérez Chavarro

CEDULA: 1.013.421.255 Bta D.C.

CARGO: Abogada. - Contratista Secretaria Gral.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 20 a 24 | 05 | 20.

NOMBRE COMPLETO	Sandra Tatiana Perea Chavarro
CEDULA DE CIUDADANIA	1.018.421.255 de Bogotá D.C.
EDAD	31 años.
CARGO	Abogada
CELULAR	3204032092.
EPS	Compensar.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Edna Paola Chavarro Pacheco.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3112863849.
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cll 3 Sur N 70-81 Casa 44.

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X								
2. Hipertensión arterial		X		X		X								
3. Enfermedad renal		X		X		X								
4. Diabetes		X		X		X								
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X								
6. Embarazada		X		X		X								
7. EPOC		X		X		X								

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos						X								
2. Secreción nasal						X								
3. Fiebre (≥ 38°C)						X								
4. Dolor de garganta						X								
5. Ahogo o dificultad para respirar						X								
6. Malestar general						X								
7. Diarrea						X								
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada					37,9°	2:20pm								

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?						X								
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?						X								
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?						X								
¿Consulto al medico por los sintomas?						X								

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO:	CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				
FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	FIRMA DE QUIEN RECIBE:

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Luis Alejandro Valencia Soto, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Inspector de Interventoría, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 18 de 05 de 2020

NOMBRE: Luis Alejandro Valencia Soto

CEDULA: 1003038476

CARGO: Inspector de Interventoría

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA. Y ASESANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en este encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana [ ] [ ] [ ] a [ ] [ ] [ ]

NOMBRE COMPLETO	Luis Alejandro Valencia Soto
CEDULA DE CIUDADANIA	1064838476
EDAD	26 años
CARGO	Inspector de interventoría
CELULAR	3013465272
EPS	Nueva EPS
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 96 # 71-23

2. Presente alguna de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosupresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC		X		X		X		X		X				

3. Presente alguno de los siguientes síntomas, durante este de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Malgo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X		X		X		X				
7. Diarrea		X		X		X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura matinal			36	4:00	35.6	4:00	36.	4:00	36.2	4:00				
10. Temperatura vespertina	35.7°	3:00	36.2°	6:00 PM	34.5	7:00	36.7	7:00	36.1	7:00				

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en los últimos catorce (14) días?		X		X		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los síntomas?		X		X		X		X		X				
¿Consultó al medico por los síntomas?		X		X		X		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad medica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	**DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19**	**SST-FT-055 VERSION 01**

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Diana Maldonado Tores., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Sec Gral - ACOPR Apoyo a Supervisión, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.**, para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 20 de 05 de 2020

NOMBRE: Diana Milena Maldonado Tores.

CEDULA: 1018419780

CARGO: Sec Gral - contratista ACOPR

	FORMATO DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana [ ][ ][ ] a [ ][ ][ ]

NOMBRE COMPLETO	Diana Milena Maldonado.
CEDULA DE CIUDADANIA	1018419980.
EDAD	31 años.
CARGO	Contratista apoyo supervisión.
CELULAR	3057882821
EPS	Compensar.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Andres ordoñez
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	
DIRECCION DE RESIDENCIA	Kra 96no 38 80

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca						X								
2. Hipertensión arterial						X								
3. Enfermedad renal						X								
4. Diabetes						X								
5. Enfermedades inmunosdepresoras						X								
6. Embarazada						X								
7. EPOC						X								

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos						X								
2. Secreción nasal						X								
3. Fiebre (≥ 38°C)						X								
4. Dolor de garganta						X								
5. Ahogo o dificultad para respirar						X								
6. Malestar general						X								
7. Diarrea						X								
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada					35.9°	2:15 pm								

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?						X								
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?						X								
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?						X								
¿Consulto al medico por los sintomas?						X								

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo LUIS HERNAN MAHECHA, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de ESP ESTRUCT, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de ____ de 2020

NOMBRE: LUIS HERNAN MAHECHA

CEDULA: 79 468 260

CARGO: ESP ESTRUCTURAL

	FORMATO DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 20 a 24 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	LUIS HERNAN NAHECHA PULIDO
CEDULA DE CIUDADANIA	79 468260
EDAD	51
CARGO	ESP. ESTRUCTURAL
CELULAR	3103219115
EPS	UNISALUD
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	MARIANA NAHECHA
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	322-240 9195
DIRECCION DE RESIDENCIA	CRA 90 23 170 CS 01

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca						X								
2. Hipertensión arterial						X								
3. Enfermedad renal						X								
4. Diabetes						X								
5. Enfermedades inmunosdepresoras						X								
6. Embarazada														
7. EPOC						X								

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos						X								
2. Secreción nasal						X								
3. Fiebre (≥ 38°C)						X								
4. Dolor de garganta						X								
5. Ahogo o dificultad para respirar						X								
6. Malestar general						X								
7. Diarrea						X								
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada					35,4	10:30								

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?						X								
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?						X								
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?						X								
¿Consulto al medico por los sintomas?						X								

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA Y LUZA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Francisco Alessandro D., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Asesor Hidrosanitario, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 20 de Mayo de 2020

NOMBRE: Francisco Alessandro Gauld

CEDULA: 79518607 de Bta

CARGO: Asesor Hidrosanitario

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 05 2020 a 24 05 2020

NOMBRE COMPLETO	FRANCISCO ALESSANDRO GALVIS
CEDULA DE CIUDADANIA	79518607.
EDAD	50 AÑOS
CARGO	ASESOR HIDROSANITARIO
CELULAR	3002148861
EPS	SANITAS.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	MARTHA LUCIA CONTRERAS
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3005610715.
DIRECCION DE RESIDENCIA	CLL 19 A #80A-51

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca						X								
2. Hipertensión arterial						X								
3. Enfermedad renal						X								
4. Diabetes						X								
5. Enfermedades inmunosdepresoras						X								
6. Embarazada														
7. EPOC						X								

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos						X								
2. Secreción nasal						X								
3. Fiebre (≥ 38°C)						X								
4. Dolor de garganta						X								
5. Ahogo o dificultad para respirar						X								
6. Malestar general						X								
7. Diarrea						X								
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada					36	2:30 PM								

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?						X								
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?						X								
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?						X								
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?						X								
¿Consulto al medico por los sintomas?						X								

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO:	CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo FREDI GOMEZ GARCÉS, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de DIRECTOR OBRA CONTRACTO PRUNI, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía . y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19,** me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 20 de 05 de 2020

NOMBRE: FREDI GOMEZ GARCÉS

CEDULA: 79416.146 Bta.

CARGO: DIRECTOR OBRAS.

	FORMATO DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 20 a 24 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	FREDI GOMEZ SORCA
CEDULA DE CIUDADANIA	79'416.146 Bta
EDAD	53
CARGO	DIRECTOR OBRA
CELULAR	3162253478
EPS	SURA
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	DAGER HERNANDEZ
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3214332588
DIRECCION DE RESIDENCIA	CRA 3 N°2-11 DIAMANTE OCCIDENTAL USAQUEN CAD

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X								
2. Hipertensión arterial	X		X			X								
3. Enfermedad renal		X		X		X								
4. Diabetes		X		X		X								
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X								
6. Embarazada		X		X		X								
7. EPOC		X		X		X								

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X								
2. Secreción nasal		X		X		X								
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X								
4. Dolor de garganta		X		X		X								
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X								
6. Malestar general		X		X		X								
7. Diarrea		X		X		X								
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada						35.3								

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X										
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Carlos A. Suárez M., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Asesor Hidrosanitario, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 20 de V de 2020

NOMBRE: Carlos Suarez

CEDULA: 7182013

CARGO: Asesor Hidrosanitario

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 20 a 24 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Carlos Augusto Suárez Mayorga
CEDULA DE CIUDADANIA	7185013
EDAD	36
CARGO	Asesor Hidrosanitario Fw
CELULAR	3144755860
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Marcela Fajardo
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3126398109
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 160 # 73-78 Cs 78

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1, Enfermedad cardiaca		X		X		X								
2, Hipertensión arterial		X		X		X								
3, Enfermedad renal		X		X		X								
4, Diabetes		X		X		X								
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X								
6. Embarazada		X		X		X								
7. EPOC		X		X		X								

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X								
2. Secreción nasal		X		X		X								
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X								
4. Dolor de garganta		X		X		X								
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X								
6. Malestar general		X		X		X								
7. Diarrea		X		X		X								
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	35,6	2:23												

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X								
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X								
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X								
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X								
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X								
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X								

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO:	CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				
FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	FIRMA DE QUIEN RECIBE:

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo HERNANDO DIAZ BERRIO, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de DIRECTOR JURIDICO, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de ____ de 2020

NOMBRE: HERNANDO DIAZ BERRIO

CEDULA: 18.939.064

CARGO: DIRECTOR JURIDICO.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana | 18 | 05 | 20 | a | 23 | 05 | 20 |

NOMBRE COMPLETO	EDUARDO DAZA PERLAZA
CEDULA DE CIUDADANIA	98.439.064
EDAD	57
CARGO	DIRECTOR TECN.
CELULAR	313-3539992
EPS	COMFENSA
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	CARMEN VALENCIA
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	313-2637618
DIRECCION DE RESIDENCIA	CALLE 95 Nº 71-75 T-4 - AP 703

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC	X		X		X		X		X		X			

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36	8:00	36,1	8:30	36,2	8:30	36	8:40	36,1	8:40	36,2	8:00		
8. Temperatura entrada	36,2	12:00	36	1:00	36,1	12:00	36,2	12:00	36	1:00	36	1:00		

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) dias ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Diana Morales

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo OLGA VALDERRAMA C., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de COORD. RR HH, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 18 de 05 de 2020

NOMBRE: OLGA MARIA VALDERRAMA C.

CEDULA: 52796082

CARGO: COORD. RR HH

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 20 a 23 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	OLGA MARIA VALDERRAMA
CEDULA DE CIUDADANIA	52716082
EDAD	38
CARGO	COORD. RRHH.
CELULAR	3143690191
EPS	SURA
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	MARIA
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3179525757
DIRECCION DE RESIDENCIA	

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			35,7	4:30			36,0	6:00						
8. Temperatura entrada	35,4	10:00	35,9	10:00	35,0	10:00	34,7	10:30	34,7	10:00	34,8	8:00		

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		\		\		\		\		\		\		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		\		\		\		\		\		\		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		\		\		\		\		)		\		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		\		)		\		\		\		\		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		\		\		\		\		)		\		
¿Consulto al medico por los sintomas?		\		\		\		\		)		\		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Diana C Morales

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	**DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19**	**SST-FT-055 VERSION 01**

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Myriam Stella Otero Q, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Servicios Generales, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 21 de 05 de 2020

NOMBRE: Myriam Stella Otero Q

CEDULA: 46368183

CARGO: Servicios Generales

VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la v de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA. Y AURBANA S.A.S. para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 20 a 24 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Myriam Silva Autero C2
CEDULA DE CIUDADANIA	46368183
EDAD	48
CARGO	Servicios Generales
CELULAR	317 713 2219
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Jorge Enrique Tovar
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	320 309 19 91
DIRECCION DE RESIDENCIA	

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca						X								
2. Hipertensión arterial						X								
3. Enfermedad renal						X								
4. Diabetes						X								
5. Enfermedades inmunosdepresoras						X								
6. Embarazada						X								
7. EPOC						X								

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos						X								
2. Secreción nasal						X								
3. Fiebre (≥ 38°C)						X								
4. Dolor de garganta						X								
5. Ahogo o dificultad para respirar						X								
6. Malestar general						X								
7. Diarrea						X								
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada					32,08	7:20am								

¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?						X									
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?						X									
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?						X									
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?						X									
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?						X									
¿Consulto al medico por los sintomas?						✓									

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:

CARGO:

FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Myriam Stella Cabrera R

CARGO: Servicios Generales

CEDULA: 46368183

PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS					PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				
FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	ARNES PARA CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	TAPABOCAS N-95	TAPABOCAS TERMOSELLADOS	CARA COMPLETA - CARETA	MEDIA CARA	GUANTES YAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE POLIPROPILENO	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	FIRMA DE QUIEN RECIBE:
21-05-20									X							X																Myriam Cabrera

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Fernando Fontoiano P., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Conductor Aux administrativo, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 10 de 05 de 2020

NOMBRE: Fernando Fontoiano P.

CEDULA: 80928100

CARGO: Conductor Auxiliar Administrativo

	REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 05 20 a 23 05 20

NOMBRE COMPLETO	Fernando Fonbiano Tesez
CEDULA DE CIUDADANIA	80918100
EDAD	34
CARGO	Conductor Auxiliar administrativo
CELULAR	3158927087
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Yoana Pulido
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3163605655
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cr 97c 71 sur 30 T8 Ap 502

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea	X			X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	36.1	8:30	35°8	8:10	36.1°	8:00	36.5	8:00	35.6	8:00	36.3	8:00		

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Fernando Tarbaro T.

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Nancy Silva Martinez., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Coordinadora. Interventoria, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.**, para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 19 de Mayo de 2020

NOMBRE: Nancy Silva Martinez.

CEDULA: 33.379.020 Tunja.

CARGO: Coordinadora de Interventoria

	REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vid de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 19 | 05 | 20 a 23 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Nancy fabiola silva Martinez
CEDULA DE CIUDADANIA	33379.020 Tunja.
EDAD	34 AÑOS.
CARGO	Coordinadora de Interventoria
CELULAR	3102183803
EPS	Sanitas.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	John. Salinas Loaiza
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3103136536.
DIRECCION DE RESIDENCIA	Carrera 18 # 182-59.

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X				X						
2. Hipertensión arterial		X		X				X						
3. Enfermedad renal		X		X				X						
4. Diabetes		X		X				X						
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X				X						
6. Embarazada	X		X											
7. EPOC		X		X				X						

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X				X						
2. Secreción nasal		X		X				X						
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X				X						
4. Dolor de garganta		X		X				X						
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X				X						
6. Malestar general		X		X				X						
7. Diarrea		X		X				X						

	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			35.8	7:00AM			36.6	4:30.						
8. Temperatura entrada			36.0	9:00AM			36.6	7:30.						

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) dias ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X				X						
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X				X						
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X				X						
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X				X						
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X				X						
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X				X						

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Diana Morales

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO:	CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2			3	DAÑO/PERDIDA (Nuevo entrega por daño o perdida)	

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS				PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	TAPABOCAS N-95	TAPABOCAS TERMOSELLADOS	CARA COMPLETA - CARETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE POLIPROPILENO	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	AINES	
14/05/20											X																					
21/05/20											X																					

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo María Cardina Reiz Sierra, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Coordinadora de Interventoría de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 18 de 05 de 2020

NOMBRE: Maric Cardina Reiz Sierra

CEDULA: 20'739.707

CARGO: Coordinadora de Interventoria

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA. Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 2020 a 23 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Maria Carolina Ruiz Sierra
CEDULA DE CIUDADANIA	20'739.707
EDAD	40
CARGO	Coordinadora de Intervento.
CELULAR	3113793381
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Miguel Ruiz
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	315 8944079
DIRECCION DE RESIDENCIA	Kg 2 #9-53 Fuentede Piedra - Madrid

2. Presenta alguna de las siguientes preexistencias de salud

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosupresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		✓		✓		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal	X		X		X	X	X		X		X	X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Malaise o dificultad para respirar		X		X		X		X		✓		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura palida							36,1	3:00						
10. Temperatura entrada	35,8 °	8:20			36,4	8:00	36,4	8:00		35,6		36,2		

4. Antecedente de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en los últimos catorce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los síntomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulta al medico por los síntomas?		X		X		X		X		X		✓		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad medica	
4. Notificación a EPS	

Jefe Inmediato

Ruiz - Maria Carolina Ruiz
Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:

CARGO:

FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: María Carolina Ruiz Sierra

CARGO: Coordinadora de Interventoría

CEDULA: 20'739.727

PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial y periódica establecida) | 2 | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o pérdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS					PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	TAPABOCAS N-95	TAPABOCAS TERMOSELLADOS	CARA COMPLETA - CARETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE POLIPROPILENO	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORNAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	
18-05-2020											X																					
21-05-2020											X																					

955

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Diana Cmorales V, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Profesional SST, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía . , y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19,** me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 18 de Mayo de 2020

NOMBRE: Diana C Morales V

CEDULA: 1026572178

CARGO: Profesional SST

	FORMATO DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 2020 a 23 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Diana cMorales Velasquez
CEDULA DE CIUDADANIA	1026572178
EDAD	28
CARGO	Profesional SST
CELULAR	3187607271
EPS	Famisanar.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Alba Liz Velasquez Mojica.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3152411156.
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra 7 calle # 32 c51

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X						
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X						
3. Enfermedad renal		X		X		X		X						
4. Diabetes		X		X		X		X						
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X						
6. Embarazada		X		X		X		X						
7. EPOC		X		X		X		X						

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X						
2. Secreción nasal		X		X		X		X						
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X						
4. Dolor de garganta		X		X		X		X						
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X						
6. Malestar general		X		X		X		X						
7. Diarrea		X		X		X		X						
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36.000	7:10	7:00	5:00			36.2	4:00						
8. Temperatura entrada	36,02	4:00	4:00	36.02	7:00	36.0	36.1	7:00						

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X						
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X						
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X						
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X						

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	dias Martes.
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Diana Morales

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo HERNANDO DAZA, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de DIRECTOR, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 18 de 05 de 2020

NOMBRE: HERNANDO DAZA REINA

CEDULA: 18-939.069

CARGO: DIRECTOR JURIDICO

	REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 2020 a 24 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	EDUARDO DAZA ETAIN
CEDULA DE CIUDADANIA	18 439 064
EDAD	56 AÑOS
CARGO	DIRECTOR INTERVENTORIA
CELULAR	353-3534967
EPS	COMPENSAR
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	CARMEN YOLANDA
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3133636758
DIRECCION DE RESIDENCIA	CALLE 95 NO 75-75

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC	X		X		X		X		X					

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X				X		X		X				
2. Secreción nasal		X				X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X				X		X		X				
4. Dolor de garganta		X				X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X				X		X		X				
6. Malestar general		X				X		X		X				
7. Diarrea		X				X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	34.9	10.10.			36,1	8:30			36,1	10.00				

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X				P		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X				P		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X				P		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X				P		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los síntomas?		X				P		X		X				
¿Consulto al medico por los síntomas?		X				P		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Diana Colorado

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Cathy Andred Farfán A, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Ing Civil Prof Apoyo de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía , y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 10 de 05 de 2020

NOMBRE: Cathy Andred Farfán A

CEDULA: 1'031.146.000

CARGO: Ing Civil Proy Apoyo

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en este escrito para desarrollar acciones de prevención y protección frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18-05-20 a 24-05-20

NOMBRE COMPLETO	Kathy Andrea Forero A.
CEDULA DE CIUDADANIA	1031146000
EDAD	25
CARGO	Ing. Civil
CELULAR	3132158054
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Jonathan Arias
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3215065554
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cl 67 B 30 A Apto 28-21

2. Presenta alguna de las siguientes preexistencias de salud

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunodepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante este de 3 días anteriores.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
6. Dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
8. Temperatura axilar	Grados 36,2	Hora de reporte 10:10	Grados	Hora de reporte	Grados 35,1	Hora de reporte 19:30	Grados 36	Hora de reporte 04:55	Grados 36,1	Hora de reporte 9:41	Grados 36	Hora de reporte 05:18	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura entrada														

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en los últimos catorce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los síntomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consultó al medico por los síntomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad medica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Juan Carlos Bucreño, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Aux SST, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MEDELLÍN,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19,** me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 16 de 05 de 2020

NOMBRE: Juan Carlos Bucreño

CEDULA: 79.389.135

CARGO: Aux. SST

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 2020 a 24 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Juan Carlos Buccnr
CEDULA DE CIUDADANIA	79.389.138
EDAD	53
CARGO	Aux. SST
CELULAR	3143967645
EPS	Salud Total
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Blanca Leonor Buccnr
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3202188392
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 6 Bis # 90A-50 Ap-403 Torre 20

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial	X		X		X		X		X					
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC		X		X		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X		X		X		X				
7. Diarrea		X		X		X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida			35.1	35.1			36.1	17.PM						
8. Temperatura entrada	35.1	7.50	33.2	9.00			35.2	10.AM	36.1	7.50				

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		√				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		√		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		√		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		√		X		X		X				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X				X		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO:	CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:
Juan Carlos Bucaro	Aux SST	79389138	Imprenta - Oficina

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	GAFAS	

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

967

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	**DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19**	**SST-FT-055 VERSION 01**

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Paula F. Morales A., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Coordinadora Interv, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19,** me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 18 de 05 de 2020

NOMBRE: Paula Morales A.

CEDULA: 52'959.013 Btá

CARGO: Coordinadora Interv.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA. Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 18 | 05 | 20 a 22 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	PADILA PADILA EDER
CEDULA DE CIUDADANIA	77.194.013 Ptc
EDAD	36
CARGO	Coordinador Info
CELULAR	3164633201
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Freddy Acosta C.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3154633639
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cr 1 # 6-30 Km 20 VIC. MADRID

2. Presenta alguna de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X								
2. Hipertensión arterial		X		X		X								
3. Enfermedad renal		X		X		X								
4. Diabetes		X		X		X								
5. Enfermedades Inmunodeprimentes		X		X		X								
6. Embarazada		X		X		X								
7. EPOC		X		X		X								

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante este de 7 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X								
2. Secreción nasal		X		X		X								
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X								
4. Dolor de garganta		X		X		X								
5. Malestar general		X		X		X								
6. Malestar general		X		X		X								
7. Diarrea		X		X		X								
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	36.0°	9:30												
8. Temperatura entrada	36.1°	9:30		36	36									

4. Antecedente de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los últimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X								
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X								
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X								
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en los últimos catorce (14) días?		X		X		X								
¿En los últimos catorce días ha presentado algunos de los síntomas?		X		X		X								
¿Consultó al medico por los síntomas?		X		X		X								

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO:	CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2			3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS					PIES		DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				
FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	TAPABOCAS N-95	TAPABOCAS TERMOSELLADOS	CARA COMPLETA - CARETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES DE POLIPROPILENO	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	FIRMA DE QUIEN RECIBE:
18-05-20									X																						

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

970

ARQUITECTURA URBANA Y LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo MARILUZ CABARCAS GÓMEZ trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de RESIDENTE ADMON, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de, desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S. (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 12 de MAY de 2020

NOMBRE: MARILUZ CABARCAS GÓMEZ

CEDULA: 45.530.754 C/pena

CARGO: RESIDENTE ADMINISTRATIVA CONSORCIO PRUNI SEDES 04.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 | 22

NOMBRE COMPLETO	MARILUZ CABARCAS GÓMEZ
CEDULA DE CIUDADANIA	45.530.754
EDAD	38
CARGO	317 4192510
CELULAR	RESIDENTE ADMINISTRATIVA
EPS	ALIANSALUD
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	GIOVANNI SALAMANCA
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3158355920
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cll. 62 No 24-57

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X										
2. Hipertensión arterial				X										
3. Enfermedad renal				X										
4. Diabetes				X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X										
6. Embarazada				X										
7. EPOC				X										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X										
2. Secreción nasal				X										
3. Fiebre (≥ 38°C)				X										
4. Dolor de garganta				X										
5. Ahogo o dificultad para respirar				X										
6. Malestar general				X										
7. Diarrea				X										
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada														

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X										
¿Consulto al medico por los sintomas?				X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO: / CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periódica establecida) | 2 DESBASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN TELA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	

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

974

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo SEBASTIAN MENDEZ, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de CONTRATISTA, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, ___ de ____ de 2020

NOMBRE: SEBASTIAN MENDEZ

CEDULA: 1012379006

CARGO: CONTRATISTA

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 2020 a 17 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	SEBASTIAN MENDEZ CRUZ
CEDULA DE CIUDADANIA	1012379006
EDAD	28
CARGO	CONTRATISTA
CELULAR	3114957374
EPS	FAMISANAR
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	GIDY CUADRADO
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	321 2529099
DIRECCION DE RESIDENCIA	TV 77 6 BIS D # 71 D 20 S

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X										
2. Hipertensión arterial				X										
3. Enfermedad renal				X										
4. Diabetes				X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X										
6. Embarazada				X										
7. EPOC				X										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X										
2. Secreción nasal				X										
3. Fiebre (≥ 38°C)				X										
4. Dolor de garganta				X										
5. Ahogo o dificultad para respirar				X										
6. Malestar general				X										
7. Diarrea				X										

	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada														

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X										
¿Consulto al medico por los sintomas?				X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR: SEBASTIAN MENDEZ.	CARGO: CONTRATISTA	CEDULA: 1012379006
PROYECTO/ÁREA: CENTRO DE MEMORIA PAZ Y RECONCILIACIÓN		

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periódica establecida) | 2 DESBASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	
12-05-20																X																	Sebastian M.

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

	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo FREDI GÓMEZ GARCÍA, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de DIRECTOR OBRA CONTRATISTA, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- PRIMERO: Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- SEGUNDO: Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- TERCERO: Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- CUARTO: En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- QUINTO: Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 12 de MAYO de 2020

NOMBRE: FREDI GÓMEZ GARCÍA

CEDULA: 79416.146 Bta.

CARGO: DIRECTOR OBRA CONSORCIO PROMI SEDES 04.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana | 11 | 05 | 20 | a | 17 | 05 | 20 |

NOMBRE COMPLETO	FREDI GÓMEZ GARCÉS
CEDULA DE CIUDADANIA	79'416.146 Bta.
EDAD	53
CARGO	DIRECTOR OBRA
CELULAR	3162253478
EPS	SURA
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	JACQUELI GOMEZ
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3134706935
DIRECCION DE RESIDENCIA	CRA 3 Nº 2-81 DIAGONAL OCCIDENTAL MOSQUERA CND.

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X										
2. Hipertensión arterial	X		X											
3. Enfermedad renal		X		X										
4. Diabetes		X		X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X										
6. Embarazada		X		X										
7. EPOC		X		X										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X										
2. Secreción nasal		X		X										
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X										
4. Dolor de garganta		X		X										
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X										
6. Malestar general		X		X										
7. Diarrea		X		X										
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada														

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) dias ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X				X								
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X				X								
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X				X								
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X				X								
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X				X								
¿Consulto al medico por los sintomas?		X				X								

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO: / CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				
FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	FIRMA DE QUIEN RECIBE:
12-05-20											X					X																	

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo OLGA MARIA VALDERRAMA CARREÑO, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de COOR RECURSO HUMANO, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 12 de 05 de 2020

NOMBRE: OLGA MARIA VALDERRAMA C.

CEDULA: 52796082

CARGO: COORDINADORA RRHH

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	OLGA MARIA VALDERRAMA C.
CEDULA DE CIUDADANIA	52796082
EDAD	38
CARGO	COORD. RRHH
CELULAR	3143690191
EPS	SURA
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	MARIA PURIFICACION GARRETO
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3174525759
DIRECCION DE RESIDENCIA	CRA 111C 86A 68 IN 30 AP 301

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	35.3	9:40	35.3	9:40			35.6	10:00			35,8	8:00		

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
¿Consulto al medico por los sintomas?		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Carlos Giovanni Wilches trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Residente, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 13 de 05 de 2020

NOMBRE: Carlos G. Wilches

CEDULA: 79720581

CARGO: Residente

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Carlos Giovanni Wilches Montaño
CEDULA DE CIUDADANIA	79 720 581
EDAD	42
CARGO	Residente
CELULAR	3006122009
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Jenny Ortega Vega
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3016009810
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cll 146 # 19-69 Apto 604

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X										
2. Hipertensión arterial				X										
3. Enfermedad renal				X										
4. Diabetes				X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X										
6. Embarazada				X										
7. EPOC				X										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X										
2. Secreción nasal				X										
3. Fiebre (≥ 38°C)				X										
4. Dolor de garganta				X										
5. Ahogo o dificultad para respirar				X										
6. Malestar general				X										
7. Diarrea				X										
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida				36,3										
8. Temperatura entrada														

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X										
¿Consulto al medico por los sintomas?				X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 dias (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Carlos G Wilches	CARGO: Residente / CEDULA: 79720581	PROYECTO/ÁREA: Centro Memoria

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	
13-05-20											X					X																	

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

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Javier Baron, trabajador de la Empresa ~~ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,~~ Sanitarios Bonnal quien desempeña el cargo de Contratista., de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 12 de 05 de 2020

NOMBRE: Javier Baron

CEDULA: 79599530

CARGO: Contratista.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana | 11 | 05 | 2020 | a | 17 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Javier Bravo
CEDULA DE CIUDADANIA	79894536
EDAD	41
CARGO	Contratista
CELULAR	3166771315
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Angela Arizo
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3229432866
DIRECCION DE RESIDENCIA	Carrera 57A # 127-36 casa 6

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X										
2. Hipertensión arterial				X										
3. Enfermedad renal				X										
4. Diabetes				X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X										
6. Embarazada				X										
7. EPOC				X										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X										
2. Secreción nasal				X										
3. Fiebre (≥ 38°C)				X										
4. Dolor de garganta				X										
5. Ahogo o dificultad para respirar				X										
6. Malestar general				X										
7. Diarrea				X										
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida				36°										
8. Temperatura entrada			1:05pm	36°										

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X										
¿En los últimos catorce dias ha presentado alguno de los sintomas?				X										
¿Consulto al medico por los sintomas?				X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO: / CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periódica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o pérdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Diana Milena Maldonado, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Sec Gral. Alcaldía mayor Apoyo a supervisión, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 12 de 5 de 2020

NOMBRE: Diana Milena Maldonado

CEDULA: 1018419980

CARGO: Contratista.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 2020 a 17 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Diana Alba Maldonado Torres.
CEDULA DE CIUDADANIA	1018449870.
EDAD	31 años.
CARGO	Contratista - Apoyo a supervisión.
CELULAR	3057683831.
EPS	Compensar.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Andres Felipe Ordoñez.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3133852159
DIRECCION DE RESIDENCIA	Kra 82 N°138 80.

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X										
2. Hipertensión arterial		X		X										
3. Enfermedad renal		X		X										
4. Diabetes		X		X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X										
6. Embarazada		X		X										
7. EPOC		X		X										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X										
2. Secreción nasal		X		X										
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X										
4. Dolor de garganta		X		X										
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X										
6. Malestar general		X		X										
7. Diarrea		X		X										
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada														

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X										
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05
		Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO:	CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESBASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	GAFAS	

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

ARQUITECTURA URBANA Y UA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Yenny Paola Reyes C, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Ing. Electricista, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 14 de 05 de 2020

NOMBRE: Yenny Paola Reyes C.

CEDULA: 23 782608

CARGO: Ing. Electricista

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 2020 a 17 | 05 | 2020

NOMBRE COMPLETO	Jenny Paola Reyes C.
CEDULA DE CIUDADANIA	23 781 608
EDAD	41
CARGO	Ingeniera Electricista
CELULAR	314 472 9912
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Giovanny A Lopez L
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3107807449
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 8 Sur # 70-80 cs 120

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca								X						
2. Hipertensión arterial								X						
3. Enfermedad renal								X						
4. Diabetes								X						
5. Enfermedades inmunosdepresoras								X						
6. Embarazada								X						
7. EPOC								X						

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos								X						
2. Secreción nasal								X						
3. Fiebre (≥ 38°C)								X						
4. Dolor de garganta								X						
5. Ahogo o dificultad para respirar								X						
6. Malestar general								X						
7. Diarrea								X						
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada														

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?								X						
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?								X						
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?								X						
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?								X						
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?								X						
¿Consulto al medico por los sintomas?								X						

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO:	CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				
FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	FIRMA DE QUIEN RECIBE:

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

1001

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Paula Morales Sanchez, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Coordinadora Proyectos, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 12 de Mayo de 2020

NOMBRE: Paula F. Morales Sanchez

CEDULA: 52'959.013 Bté

CARGO: Coordinadora proyectos

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 15 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Paula F. Morales A.
CEDULA DE CIUDADANIA	52'959.013
EDAD	35.
CARGO	Coordinadora Proyectos.
CELULAR	3164685281
EPS	Compensar.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Freddy Acosta Castillo.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3154603604
DIRECCION DE RESIDENCIA	Kr 1 # 6-80 Km 20 Vic Madrid.

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X						
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X						
3. Enfermedad renal		X		X		X		X						
4. Diabetes		X		X		X		X						
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X						
6. Embarazada		X		X		X		X						
7. EPOC		X		X		X		X						

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X										
2. Secreción nasal		X		X										
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X										
4. Dolor de garganta		X		X										
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X										
6. Malestar general		X		X										
7. Diarrea		X		X										
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	36.7	1PM	36.7	8:30	36	7:30	36	1:30						

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X						
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X						
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X						
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X						

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: | CARGO: | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Paula F. Morales A | CARGO: Coordinadora PIC | CEDULA: 521959.013 | PROYECTO/ÁREA: Imprenta. CMPR

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESBASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	ARNES CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN MALLA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	
12-05-20											X		X																				

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo HERNANDO DAZA BERNAL, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de DIRECTOR PROYECTOS, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 11 de 05 de 2020

NOMBRE: HERNANDO DAZA BERNAL

CEDULA: 18.939.069

CARGO: DIRECTOR PROYECTOS

1007

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana | 11 | 05 | 20 | a | 17 | 05 | 20.

NOMBRE COMPLETO	HERNANDO DAZA ATENCIO
CEDULA DE CIUDADANIA	56 939. 064
EDAD	59 AÑOS
CARGO	DIRECTOR PROYECTO
CELULAR	313 3535942. - 313 3534942
EPS	COMPENSAR
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	CARMEN A. VALENCIA
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	313-3534942 - 313 2637658
DIRECCION DE RESIDENCIA	CALLE 95 Nº. 75-75 T.4 APTO 703

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X				X		X		
7. EPOC	X		X		X		X		X		X			

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar	X		X		X		X		X		X			
6. Malestar general		X	X			X		X		X		X		
7. Diarrea		X	X			X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada										36.0				

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		X
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		X
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		X
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		X
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		X
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		X

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: Juan Carlos Buceñe | CARGO: DUXIAN SST | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: HERNANDO DAZA LEMUS | CARGO: DIRECTOR PROYECTOS | CEDULA: 18.939.069 | PROYECTO/ÁREA: DIRECCION

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) X | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES YADUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	JAQUES	
11-05-2020										X	X																					

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

1009

ARQUITECTURA URBANA Y LUA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Nelson Mauricio Barrero B. trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Prof. Residente, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 12 de 05 de 2020

NOMBRE: Nelson Mauricio Barrero B.

CEDULA: 17329571

CARGO: Prof. Residente Interno

1011

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051* VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 05 20 a 17 05 20

NOMBRE COMPLETO	NELSON MAURICIO BARRERO BERNARDOS
CEDULA DE CIUDADANIA	17324571 Vi Cco
EDAD	57.
CARGO	Dra. RESIDENTE L.C.B
CELULAR	3132600335
EPS	SANITAS
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	LUZ MERY HERNANDEZ (ESPOSA)
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3102715178
DIRECCION DE RESIDENCIA	CRA 19A # 173-70 Bloq 4 apto 10-02

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca				X										
2. Hipertensión arterial				X										
3. Enfermedad renal				X										
4. Diabetes				X										
5. Enfermedades inmunosdepresoras				X										
6. Embarazada														
7. EPOC				X										

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos				X										
2. Secreción nasal				X										
3. Fiebre (≥ 38°C)				X										
4. Dolor de garganta				X										
5. Ahogo o dificultad para respirar				X										
6. Malestar general				X										
7. Diarrea				X										
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada			35.8						35.6					

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?				X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?				X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?				X										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?				X										
¿Consulto al medico por los sintomas?				X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: Juan Carlos Bucuru | CARGO: Auxiliar SST | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Nelson Mauricio Barrero | CARGO: Res. Desde CR | CEDULA: 17324571 | PROYECTO/ÁREA: Ciudad Bolívar

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	JAQUES	
12-05/20											X					X																	
13-05/20																X																	
15-05/20											X					X																	

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

1013

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo FERNANDO AGUILLE MEDINA, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de RESIDENTE INTERVENTOR, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de ____ de 2020

NOMBRE: FERNANDO AGUILLE MEDINA

CEDULA: 91827 68

CARGO: RESIDENTE INTERVENTOR.

1015

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana | 11 | 05 | 20 | a | 17 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	FERNANDO AGUIRRE MEDINA
CEDULA DE CIUDADANIA	7182768
EDAD	37
CARGO	RESIDENTE INTERVENTOR
CELULAR	3103779610
EPS	SANITAS
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	LOREN MELO
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3196595964
DIRECCION DE RESIDENCIA	Clle 167 N° 48-44 CASA 149

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada														
7. EPOC		X		X		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X		X		X		X				
7. Diarrea		X		X		X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada		36.0		36.1			36.5		35.0					

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X	X					
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X	X					
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X	X					
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X	X					
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X	X					
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X	X					

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: | CARGO: | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: FERNANDO AGUIRRE MEDINA | CARGO: RESIDENTE INTERVENTOR | CEDULA: 7 187768 | PROYECTO/ÁREA: IMPRENTA DISTRITAL

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESBASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	
11-05-20											X																						
12-05-20											X																						
13-05-20											X																						
14-05-20											X																						
15-05-20											X																						

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Luis Alejandro Valencia, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Inspector de Interventoría de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa ; me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 11 de 05 de 2020

NOMBRE: Luis Alejandro Valencia Soto

CEDULA: 1003 038 476

CARGO: Inspector Interventoría.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Luis Alejandro Valencia Soto
CEDULA DE CIUDADANIA	1003 038 476
EDAD	26 Años
CARGO	Inspector de Interventoria
CELULAR	301 346 5272
EPS	Nueva EPS
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Carmen Alicia Valencia
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	313 263 7618
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 95 #71-71 Torre 4 Apto 703

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC		X		X		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X		X		X		X				
7. Diarrea		X		X		X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	35.9	8:00 AM	35.9°	8:00 AM	35.7°	8:00 AM	35.7°	8:00 AM	35.9	8:00 AM				

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: Juan Carlos Bucefa

CARGO: Auxiliar SST

FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis Alejandro Valencia

CARGO: Inspector Interventoria

CEDULA: 1003038476

PROYECTO/ÁREA: Ciudad Bolivar

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	
11-05-2020											X					X																	
12-05-2020											X																						
13-05-2020											X																						
14-05-2020											X					X																	
15-05-2020											X																						

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

ARQUITECTURA URBANA Y UBA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Dancy Sibd. Martinez., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Coordinadora. Interventoria, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 11 de Mayo de 2020

NOMBRE: Dancy Fabiola Siba. Martinez

CEDULA: 33379.020 Tunja.

CARGO: Coordinadora. de Interventoria.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Nancy fabiola silva Martinez
CEDULA DE CIUDADANIA	33.379.020
EDAD	34.
CARGO	Coordinadora de Interventoría
CELULAR	3102183803
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	3103136536.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	Jhon Salinas Loaiza
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra 18A # 182-59

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X						
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X						
3. Enfermedad renal		X		X		X		X						
4. Diabetes		X		X		X		X						
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X						
6. Embarazada	X.		X.		X		X							
7. EPOC		X		X		X		X						

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X						
2. Secreción nasal		X		X		X		X						
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X						
4. Dolor de garganta		X		X		X		X						
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X						
6. Malestar general		X		X		X		X						
7. Diarrea		X		X		X.		X						
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada		36.1		36		36	35.5	7:20						

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X						
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X.						
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X.						
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X						

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: | CARGO: | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Nancy Silva Martinez | CARGO: Coordinadora de Interventoria | CEDULA: 33379.020 | PROYECTO/ÁREA: Ciudad Bolivar

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN TELA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO Vitex	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	
11/05/20											X					X																	
14/05/20											X					X																	

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

1025

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Juan Carlos Buceño, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Auxiliar SST, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de ____ de 2020

NOMBRE: Juan Carlos Buceño

CEDULA: 79.389.138

CARGO: Auxiliar SST

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Juan Carlos Bucuric
CEDULA DE CIUDADANIA	79.389.138
EDAD	53
CARGO	Auxiliar SST
CELULAR	3143967645
EPS	Salud Total
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Blanca Leonor Bucuric
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3029466 Cel 3202188392
DIRECCION DE RESIDENCIA	Calle 6 Bis # 90A-50 AP 403 Torre 20

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial	X		X		X		X		X		X			
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	35.4	9.00	35.6	10.20			35.6	17.00			35.01	12.00		
8. Temperatura entrada	35.1	5.PM	36.1	17.00			35.1	8.00	36.1	9.00	36.5	8.00		

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: Juan Carlos Buceta | CARGO: Auxiliar SST | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Carlos Buceta | CARGO: Auxiliar SST | CEDULA: 79.389.136 | PROYECTO/ÁREA: Secretaria General

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	
12-05-20x											X					X																	

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

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Maria Cardina Ruiz Sierra, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quien desempeña el cargo de Coordinadora de Interventoria, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO,** manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 12 de mayo de 2020

NOMBRE: Maria Cardina Ruiz Sierra

CEDULA: 20'739.707 de Madrid

CARGO: Coordinadora de Interventoria

| | FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES | SST-FT-05
VERSION 01 |
|---|---|---|

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 05 2020 a 17 05 2020

NOMBRE COMPLETO	Maria Carolina Ruiz Sierra
CEDULA DE CIUDADANIA	20'739.707
EDAD	40
CARGO	Coordinadora de Interventoria
CELULAR	3113797381
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Nigel Arturo Ruiz
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	315 894 4079
DIRECCION DE RESIDENCIA	Diagonal 2 #9-53 Puente de Piedra - Madrid

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X				
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X				
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X				
4. Diabetes		X		X		X		X		X				
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X				
6. Embarazada		X		X		X		X		X				
7. EPOC		X		X		X		X		X				

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X				
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X				
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X				
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X				
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X				
6. Malestar general		X		X		X		X		X				
7. Diarrea		X		X		X		X		X				
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	3													
8. Temperatura entrada	36,2	9:00am	36,2	9:00am					36,1	8:43a				

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X				
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X				
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X				
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X				
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X				

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

1013 - Carolina Soto
Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: Juan Carlos Buceir | CARGO: Auxiliar SST | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Mª Carolina Ruiz Sierra | CARGO: Coordinadora de Interventoria | CEDULA: 20'739.707 | PROYECTO/ÁREA: Dirección .

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN									TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDARUA	POLAINAS	ARNES	
12-05-2020											X																						
16-05-2020											X																						

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

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S.	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Katty Andrea Fayzán A., trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Profes de Apoyo Ing Civil de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C**, para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de ____ de 2020

NOMBRE: Katty Andrea Fayzán Arias

CEDULA: 1'031.146.000

CARGO: Ing Civil prof de apoyo

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.
Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Kathy Andrea Farfán Arias
CEDULA DE CIUDADANIA	1.032.146.000
EDAD	27
CARGO	Ing Civil Profesional Apoyo
CELULAR	3132158037
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Torcholia Arias
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3215065524
DIRECCION DE RESIDENCIA	Kg 67 B Sur # 28-21 Mz 3E Casa 2

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada			36,5	10:15							35,1	8:35		

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) dias ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce dias ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: Juan Carlos Barrera | CARGO: Auxiliar SST | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Katty Andrea Farfán Arias | CARGO: Ing Civil Prof Apoyo | CEDULA: 1'031.146.000 | PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida) | 2 DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento) X | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	GAFAS	
11-05-11											X				X																		

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Eyson Fernando Fumbrano, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Conductor Auxiliar Admi, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones)**, donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, __ de ____ de 2020

NOMBRE: Eyson Fernando Fumbrano

CEDULA: 80928100

CARGO: Conductor Auxiliar Administrativo

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 16 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Eysor Fernando Fandiño Perez
CEDULA DE CIUDADANIA	80928100
EDAD	34
CARGO	Conductor Auxiliar administrativo
CELULAR	3158922087
EPS	Compensar
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Leidy Yocino
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3163605655
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cl 97c 71 sur 30 Ap 502 Torre 8

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X		X		X		
6. Embarazada		X		X		X		X		X		X		
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	7:30	36	36,2	7:00	36	7:30	36,5	7:40	36.3°	8:45	36.3	830		
8. Temperatura entrada														

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Fernando Fundora

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR: Fernando Tumbiano Perez	CARGO: Conductor Auxiliar administrativo / CEDULA: 80928100	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdida)	

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	ICASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	JARNES	
11-05-20										X			X								X	X											Fernando Z
16-05-20											X																						Fernando Z

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

1041

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID - 19

Yo Sandra Lucía Parra J, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Residente Administrat de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto: → empresa Puni Sedesca

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID - 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID - 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID - 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID - 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 12 de may de 2020

NOMBRE: Sandra Lucía Parra J.

CEDULA: 52261860

CARGO: Res. Administrativa. - Puni

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Sandra Lucía Parra J.
CEDULA DE CIUDADANIA	52261860
EDAD	44
CARGO	Res. Administrativa.
CELULAR	314 2905918.
EPS	Sura.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Fredy Correo.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3102669986.
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cll 155 No 9-45 Tr-901.

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X				X						
2. Hipertensión arterial		X		X				X						
3. Enfermedad renal		X		X				X						
4. Diabetes		X		X				X						
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X				X						
6. Embarazada		X		X				X						
7. EPOC		X		X				X						

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X				X						
2. Secreción nasal		X		X				X						
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X				X						
4. Dolor de garganta		X		X				X						
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X				X						
6. Malestar general		X		X				X						
7. Diarrea		X		X				X						
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada								36.4°						

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X										
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X										
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X										
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X										
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X										
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X										

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY

AU-FT-05

Versión: 01

CONTROLADO POR: | CARGO: | FIRMA:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Sandra Lucía Porra | CARGO: Res. Administrativa | CEDULA: 52261860 | PROYECTO/ÁREA: Consorcio Pruni Sedes 04

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera: 1 ORDINARIA (Entrega inicial o periódica establecida) | 2 DESBASTE (Reposición por desgaste del elemento) | 3 DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o pérdida)

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN HILAZA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	
12/05											X																						Sandra
14/05											X					X																	Sandra

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

ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Martin Enrique Castillo, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Electricista, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia, 14 de Mayo de 2020

NOMBRE: Martin Enrique Castillo

CEDULA: 79613015

CARGO: Electricista

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 |

NOMBRE COMPLETO	Martin Enrique Castillo
CEDULA DE CIUDADANIA	79613015
EDAD	48
CARGO	Electricista
CELULAR	3115606506
EPS	Sanitas
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Esney Delladina Ramirez Montoya
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	317 583 6214
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cll 39A sur #78N-50

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X						
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X						
3. Enfermedad renal		X		X		X		X						
4. Diabetes		X		X		X		X						
5. Enfermedades inmunosdepresoras		X		X		X		X						
6. Embarazada		X		X		X		X						
7. EPOC		X		X		X		X						

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
SINTOMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X						
2. Secreción nasal		X		X		X		X						
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X						
4. Dolor de garganta		X		X		X		X						
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X						
6. Malestar general		X		X		X		X						
7. Diarrea		X		X		X		X						
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida														
8. Temperatura entrada	36,1	1:54												

4. Autoreporte de sintomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X						
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X						
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X						
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X						
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X						

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACION DE LEY	AU-FT-05 Versión: 01

CONTROLADO POR:	CARGO:	FIRMA:
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO: / CEDULA:	PROYECTO/ÁREA:

Marcar el motivo de entrega de la siguiente manera:	1	ORDINARIA (Entrega inicial o periodica establecida)		2	DESGASTE (Reposición por desgaste del elemento)		3	DAÑO/PERDIDA (Nueva entrega por daño o perdido)	

FECHA ENTREGA (dd-mm-aaaa)	CABEZA			VISUAL		AUDITIVO		RESPIRATORIO				MANOS						PIES			DOTACIÓN								TRABAJOS ALTO RIESGO				FIRMA DE QUIEN RECIBE:
	CASCO DIELÉCTRICO	LAMPARA PARA CASCO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD FILTRO UV	OTRO	PROTECTOR TIPO COPA	PROTECTOR INSERCIÓN	CARTUCHOS VAPORES ORGANICOS	MATERIAL PARTICULADO	CARA COMPLETA	MEDIA CARA	GUANTES VAQUETA	GUANTES CAUCHO	GUANTES EN FIBRA ANTIDESLIZANTES	GUANTES DIELECTRICOS	GUANTE NITRILO	GUANTES EN NITRILO LARGO	BOTAS MEDIA CAÑA CON PUNTA ACERO	BOTAS CAUCHO DE SEGURIDAD	TENNIS	PANTALON JEAN	CAMISETA	CAMISA	CHAQUETA	UNIFORME FORMAL	PANTALON-CHAQUETA IMPERMEABLES	CHALECO	DELANTAL	PETO EN CARNAZA	CARETA SOLDADURA	POLAINAS	ARNES	

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

ARQUITECTURA URBANA LTDA	DECLARACION CUMPLIMIENTO MEDIDAS COVID-19	SST-FT-055 VERSION 01

DECLARACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL COVID – 19

Yo Doranec Peralta C, trabajador de la Empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S**, quien desempeña el cargo de Electrico, de manera libre espontánea y **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, manifiesto:

- **PRIMERO:** Que, durante los periodos de aislamiento obligatorio decretados por la Alcaldía de Bogotá D.C y Gobierno Nacional, di cumplimiento a todas las medidas preventivas (Uso de elementos de protección personal, distanciamiento social, protocolo de lavado de manos, protocolo de desinfección y limpieza, asistencia a capacitación e información relacionada con la emergencia sanitaria) para la expansión del **COVID – 19.**
- **SEGUNDO:** Que, durante el periodo de aislamiento obligatorio, no estuve en contacto con personas, sitios o situaciones con riesgo de contagio.
- **TERCERO:** Que como resultado de la terminación de las medidas de alistamiento obligatorio y retorno parcial, paulatino hasta llegar a total para desempeñar mis funciones en las instalaciones de la empresa , me comprometo a seguir dando aplicación a las medidas de higiene establecidas por el **GOBIERNO NACIONAL y ALCALDIA BOGOTÁ D.C,** para la prevención de contagio **COVID – 19.**
- **CUARTO:** En caso de tener algún síntoma relacionado con el **COVID – 19** daré aviso inicialmente a mi jefe directo y encargado del área de **RECURSO HUMANOS y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** de la empresa **ARQUITECTURA URBANA Y AURBANA S.A.S,** quienes procederán a evaluar la situación para informar de las condiciones inmediatamente a la **E.P.S (En caso que se encuentre en casa) y a la ARL (En caso que este ejerciendo sus funciones),** donde reportare toda la sintomatología y así recibiré la información sobre los procedimientos de aislamiento correspondiente, protegiendo mi salud, la de mi familia y compañeros de trabajo.
- **QUINTO:** Que, soy consciente de que la inobservancia e inaplicación de las medidas de higiene y salubridad para prevenir la propagación del **COVID – 19**, me hace acreedor de las sanciones de orden legal y administrativo establecidas por el Gobierno Nacional y/o la Alcaldía de Mayor de Bogotá D.C.

Ciudad de Bogotá D.C., Colombia 14 de 05 de 2020

NOMBRE: Doranec Peralta C

CEDULA: 3.019.591

CARGO: Electrico Proveedor.

	FORMATO DE REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD Y CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES	SST-FT-051 VERSION 01

Toda la información se recoge con fines estrictamente de interés público ante la situación decretada por las Autoridades Públicas, para proteger y salvaguardar un interés esencial para la vida de las personas.

Autorizo a la ARL POSITIVA y a la EMPRESA ARQUITECTURA URBANA LTDA., Y AURBANA S.A.S., para el manejo de la información aportada en esta encuesta para desarrollar acciones de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19

1. Diligencie los datos de identificación

semana 11 | 05 | 20 a 17 | 05 | 20

NOMBRE COMPLETO	Dorance Revolta C.
CEDULA DE CIUDADANIA	3.019.591
EDAD	67
CARGO	Electrico Proyectista.
CELULAR	3.14609657 7.
EPS	Compensar.
NOMBRE DE UN CONTACTO O FAMILIAR	Nelly Amaviño.
CELULAR DEL CONTACTO O FAMILIAR	3114931069
DIRECCION DE RESIDENCIA	C/le 81A # 106-38.

2. Presenta alguno de las siguientes preexistencias de salud.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedad cardiaca		X		X		X		X		X		X		X
2. Hipertensión arterial		X		X		X		X		X		X		X
3. Enfermedad renal		X		X		X		X		X		X		X
4. Diabetes		X		X		X		X		X		X		X
5. Enfermedades inmunosdepresoras		—		—		—		—		—	—	—	—	—
6. Embarazada														
7. EPOC		X		X		X		X		X		X		

3. Presenta alguno de los siguientes síntomas, durante más de 3 días seguidos.

SINTOMAS	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Tos		X		X		X		X		X		X		
2. Secreción nasal		X		X		X		X		X		X		
3. Fiebre (≥ 38°C)		X		X		X		X		X		X		
4. Dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		
5. Ahogo o dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		
6. Malestar general		X		X		X		X		X		X		
7. Diarrea		X		X		X		X		X		X		
	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte	Grados	Hora de reporte
9. Temperatura salida	35.8				35.8	1.50	35.8	1.50						
8. Temperatura entrada	35.8				38.8	1.50	35.8	1.50						

4. Autoreporte de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿En los ultimos catorce (14) días ha estado en algún país con casos confirmados de COVID-19, diferente a Colombia?		X		X		X		X		X		X		
¿Estuvo en contacto con alguien que haya viajado en los últimos catorce (14) días a algún país con casos confirmados?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado de COVID-19 en los últimos catorce días?		X		X		X		X		X		X		
¿Ha estado en contacto con algún caso considerado probable de COVID-19 en lso últimos catroce (14) días?		X		X		X		X		X		X		
¿En los últimos catorce días ha presentado alguno de los sintomas?		X		X		X		X		X		X		
¿Consulto al medico por los sintomas?		X		X		X		X		X		X		

5. Medida adoptada por el centro de trabajo y/o EPS.

1. Aislamiento de 3 días (en casa)	
2. Trabajo en casa	
3. Incapacidad médica	
4. Notificación a EPS	

Nombre del Responsable de SST

Firma del Funcionario

	LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICAR LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN POR PARTE DE LA EMPRESA ANTE LA CONTINGENCIA DEL COVID-19 - INTERVENTORIA	CODIGO	SST-FT-052
		VERSION	1

INFORMACIÓN SOBRE LA EMPRESA			
Fecha	11-05-2020	Razon Social	ARQUITECTURA U.
Actividad Económica	CONSTRUCCION	Número de Trabajadores	

EVALUACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA SUPERAR LA CONTINGENCIA DEL COVID-19

Acciones a ejecutar como medidas de contingencia frente al COVID-19	Calificación (marque X)			Plan de Acción	Responsable de la acción	Fecha de implementación	Seguimiento
	Cumple totalmente	No cumple	N.A.				
¿Tiene establecido un protocolo de actuacción para atender la contingencia del COVID-19?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020
¿Realizó reunion con los lideres de proceso de la empresa para planear las acciones de prevención que implementarán?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020
¿Ha entregado información a sus trabajadores sobre las medidas de prevención de contagio del COVID-19?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020
¿Informó a los trabajadores sobre las medidas que tomará durante la contingencia?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020
¿Identificó los cargos y personas que podrían realizar teletrabajo (tarbajo remoto o desde casa)?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020
¿Definió con cada trabajador "remoto", las metas de desempeño, funciones o productos que mientras dure la contingencia deberá ejecutar desde su casa?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020
¿Notificó por escrito a cada trabajador "remoto", sobre las condiciones de su traslado a casa?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020
¿Notificó por escrito el protocolo de seguridad que cada trabajador "remoto" debe seguir mientras dura la contingencia?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020

¿Cada trabajador remoto, adecuó su espacio de trabajo en casa, informando sobre riesgos o necesidades especiales que presenta?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020
¿La empresa a dado respuesta a las necesidades expuestas por los trabajadores remotos?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020
¿Ha garantizado el abastecimiento de agua potable en las instalaciones?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020
¿Las instalaciones cuentan con unidades sanitarias en cantidad suficiente y en permanente disponibilidad para el total de trabajadores?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020
¿Ha dispuesta cantidad suficiente de jabon liquido, gel antibacterial y papel toalla para el ñavado de manos?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020
¿Ha ubicado en la puerta de la entrada principal una alfombra empapada de solución de hipoclitod de sodio al 0.2% para facilitar la desinfección de los zapatos del personal que ingresa o sale de la empresa?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020
¿Ha dispuesto en cantidad suficiente y diaria, solución de hipoclorito de sodio al 0.5% para realizar labores de asperción, limpieza e higiene?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020
¿Ha dispuesto para todo el personal de guantes de limpieza, para que cada trabajador se encargue de la desinfección diaria de su puesto de trabajo?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020
¿Al iniciar la jornada de trabajo, cada trabajador se encarga de limpiar con un paño impregnado de solución de hipolorito de sodio al 0.5% las superficies, muebles, objetos y equipos que utilizará?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020

¿Ha reforzado el seguimiento al uso de los EPP y medidas de seguridad del personal de servicios generales encargado de la limpieza de las inatalaciones?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020
¿La frecuencia de la limpieza de las instalaciones aumento al menos a dos veces por día?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	05-06-2020
¿Ha prohibido el uso de las zonaz comunes como el comedor?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	08-06-2020
¿Ha tomado medidas preventivas como cancelación de reuniones presenciales o encuentros de capacitación. almuerzo en el puesto de trabajo y no en el comedor?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	05-06-2020
¿Ha flexibilizado los horarios de trabajo. buscando que el personal no se vea expuesto ha grandes concentraciones de personas en el transporte público?	SI				DIRECTOR P. SST	11-05-2020	09-06-2020

RESPONSABLE	OBSERVACIONES	- Reunrones en video conferencia - Trabajo en casa - Horario de Almuerzo

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICAR LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN POR PARTE DE LA EMPRESA ANTE LA CONTINGENCIA DEL COVID-19 - INTERVENTORIA	CODIGO	SST-FT-052
		VERSION	1

INFORMACIÓN SOBRE LA EMPRESA

Fecha	26-05-2020	Razon Social	CONSORCIO PRUM SEDE 4
Actividad Económica	CONSTRUCCION - CENTRO DE MEMORIA Y PAZ	Número de Trabajadores	9

EVALUACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA SUPERAR LA CONTINGENCIA DEL COVID-19

Acciones a ejecutar como medidas de contingencia frente al COVID-19	Calificación (marque X)			Plan de Acción	Responsable de la acción	Fecha de implementación	Seguimiento
	Cumple totalmente	No cumple	N.A.				
¿Tiene establecido un protocolo de actuación para atender la contingencia del COVID-19?	✓				ING. SANDRA SST WILLIAN	26-05-2020	
¿Realizó reunion con los líderes de proceso de la empresa para planear las acciones de prevención que implementarán?	✓				" "	26-05-2020	
¿Ha entregado información a sus trabajadores sobre las medidas de prevención de contagio del COVID-19?	✓				" "	26-05-2020	
¿Informó a los trabajadores sobre las medidas que tomará durante la contingencia?	✓				" "		
¿Identificó los cargos y personas que podrían realizar teletrabajo (tarbajo remoto o desde casa)?							
¿Definió con cada trabajador "remoto", las metas de desempeño, funciones o productos que mientras dure la contingencia deberá ejecutar desde su casa?							
¿Notificó por escrito a cada trabajador "remoto", sobre las condiciones de su traslado a casa?							
¿Notificó por escrito el protocolo de seguridad que cada trabajador "remoto" debe seguir mientras dura la contingencia?							
¿Cada trabajador remoto, adecuó su espacio de trabajo en casa, informando sobre riesgos o necesidades especiales que presenta?							
¿La empresa a dado respuesta a las necesidades expuestas por los trabajadores remotos?							
¿Ha garantizado el abastecimiento de agua potable en las instalaciones?	✓				ING. SANDRA SST WILLIAN	26-05-2020	
¿Las instalaciones cuentan con unidades sanitarias en cantidad suficiente y en permanente disponibilidad para el total de trabajadores?	✓				ING. SANDRA SST WILLIAN	26-05-2020	
¿Ha dispuesta cantidad suficiente de jabon liquido, gel antibacterial y papel toalla para el lavado de manos?	✓				ING. SANDRA SST WILLIAN	26-05-2020	
¿Ha ubicado en la puerta de la entrada principal una alfombra empapada de solución de hipoclitad de sodio al 0.2% para facilitar la desinfección de los zapatos del personal que ingresa o sale de la empresa?	✓				ING SANDRA SST WILLIAN	26-05-2020	

1056

¿Ha dispuesto en cantidad suficiente y diaria, solución de hipoclorito de sodio al 0,5% para realizar labores de asperción, limpieza e higiene?	✓				ING. SANDRA SST WILLIAM	26-05-2020	
¿Ha dispuesto para todo el personal de guantes de limpieza, para que cada trabajador se encargue de la desinfección diaria de su puesto de trabajo?	✓				ING SANDRA SST WILLIAM	26-05-2020	
¿Al iniciar la jornada de trabajo, cada trabajador se encarga de limpiar con un paño impregnado de solución de hipolorito de sodio al 0,5% las superficies, muebles, objetos y equipos que utilizará?	✓				ING SANDRA SST WILLIAM	26-05-2020	
¿Ha reforzado el seguimiento al uso de los EPP y medidas de seguridad del personal de servicios generales encargado de la limpieza de las instalaciones?	✓				ING. SANDRA SST WILLIAM	26-05-2020	
¿La frecuencia de la limpieza de las instalaciones aumento al menos a dos veces por día?	✓				ING SANDRA SST WILLIAM	26-05-2020	
¿Ha prohibido el uso de las zonaz comunes como el comedor?	✓				ING SANDRA	26-05-2020	
¿Ha tomado medidas preventivas como cancelación de reuniones presenciales o encuentros de capacitación, almuerzo en el puesto de trabajo y no en el comedor?	✓				ING SANDRA SST WILLIAM	26-05-2020	
¿Ha flexibilizado los horarios de trabajo, buscando que el personal no se vea expuesto ha grandes concentraciones de personas en el transporte público?	✓				ING SANDRA SST WILLIAM	26-05-2020.	

RESPONSABLE	OBSERVACIONES
	-FALTA CANASTAS PARA GUARDAR LA ROPA DE LOS TRABAJADORES PLAZO 27-05-2020 -

ARQUITECTURA URBANA LTDA

CONTROL DE ASISTENCIA PAUSAS ACTIVAS PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID - 19

CPV-FT-21

VERSION 1

SEMANA DEL 18-05-2020 AL 23-05-2020

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	LUNES FIRMA	MARTES FIRMA	MIERCOLES FIRMA	JUEVES FIRMA	VIERNES FIRMA	SÁBADO FIRMA
1	OLGA MARIA VALENCIA C.						
2	Luis Alejandro Valencia S						
3	Nancy Silva Martinez.						
4	Kathy A. Forero A.						
5	Juan Carlo Barrera						
6	Carolina Ruiz Sierra						
7	Fernando Fonseca						
8							
9							
10							

1058

ARQUITECTURA URBANA LTDA

CONTROL DE ASISTENCIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

CÓDIGO	CPV-FT- 07
Versión	1

CAPACITACIÓN [x] ENTRENAMIENTO [ ] INDUCCIÓN [ ] REINDUCCIÓN [ ] OTRO _____

TEMA: USO DE LOS ELEMEMTOS DE PRPTECCION PERSONAL (EPP) PARA PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COVID - 19

FECHA: 28--05- 2020

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA	FIRMA
1	OLGA MARIA VALDERRAMA CARREÑO	COORD. RRHH.	52796082	
2	Luis Alejandro Valencia Soto	Inspector Interventoria	1003038 476	
3	Kelly Anohea Fargán Arias	Ing Civil Prof Apoyo	1031.146 000	
4	Nancy fabiola Silva Martinez	Coordinadora de Interventoria	33379.020	
5	Carolina Ruiz Sierra	Coordinadora de Interventoria	20'739.707	
6	Fernando Tenorano Tercz	Conductor Auxiliar	80978100	Fernando T.
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA CAPACITADOR

1059

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ASISTENCIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

CÓDIGO	CAUI-FT- 07
Versión	1

CAPACITACIÓN [✓] ENTRENAMIENTO [ ] INDUCCIÓN [ ] REINDUCCIÓN [X] OTRO _____

TEMA: Reinducción personal y capacitación frente a medidas del COVID-19.

FECHA: 16-03-2020

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA	FIRMA
1	Paula F. Morales Sanchez	Coordinadora P.	52'959.013	
2	Jose abelino Vargas tejo	Inspector	1057465178	
3	Katty Andrea Farfan Arias	Profesional de Apoyo	1'031.146.000	
4	Carlos Giovanni Wilches Montaño	Residente Interventoría	'79720 581	
5	Luis Alejandro Valencia Soto	Inspector de Interventoría	1003 038 476	
6	Carolina Reti Sierra	Coordinadora Int.	20'739.707	
7	CECILIA MARIA VARGAS MARQUEZ	COORDINADORA RRHH	52796.082	
8	Nancy Fabiola Silva Martinez	Coordinadora Inte	33.379.020	
9	FERNANDO AGUIRRE MEDINA	RESIDENTE. INTERV	7182768	
10	Juan Carlos Briceño	Auxiliar SST	79.389.138	

Diana C Morales
FIRMA CAPACITADOR

1060

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ASISTENCIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO				CÓDIGO	CAUI-FT- 07
					Versión	1
	CAPACITACIÓN [X]	ENTRENAMIENTO [ ]	INDUCCIÓN [ ]	REINDUCCIÓN [X]	OTRO _____	
TEMA:	Reinducción personal y capacitación medidas covid-19.					
FECHA:						

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA	FIRMA
1	Eyson Fernando Zambrano Perez	Conductor. Auxiliar adm	80928100	Fernando Z.
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Diana C Morales V
FIRMA CAPACITADOR

1061

ARQUITECTURA URBANA LTDA.

CONTROL DE ASISTENCIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

CÓDIGO	AU-FT- 07
Versión	1

CAPACITACIÓN [X] ENTRENAMIENTO [ ] INDUCCIÓN [ ] REINDUCCIÓN [ ] OTRO _____

TEMA: MINIMIZAR EL RIESGO DE CONTAGIO Y PROPAGACIÓN DEL CORONAVIRUS (COVID-19) DEL PERSONAL PROFESIONAL, OPERATIVO, TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO, A TRAVÉS DE LAS MEDIDAS COMO PLAN DE CONTINGENCIA PARA ARQUITECTURA URBANA LTDA

FECHA: 26-05-2020

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA	FIRMA
1	Kathy Andrea Farfán Arias	Ing Civil Prof Apoy	1031.146.000	
2	Nancy Silva Martinez	Coordinadora de Interventoria	63.379.020	
3	OLGA MARIA VALDERRAMA CARREÑO	COOR RRHH	52796082	
4	Luis Alejandro Valencia Soto	Inspector	1003038476	
5	Myriam Stella Quiroz	Oficios Varios	46368183 -	
6	Carolina Ruiz Sierra	Coordinadora de Int	20'707.739	
7	Fernando Fonseca Vera	Conductor	80978100	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

FIRMA CAPACITADOR

1062

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ASISTENCIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO				CÓDIGO	CPV-FT- 07
					Versión	1
	CAPACITACIÓN ☑	ENTRENAMIENTO ☐	INDUCCIÓN ☐	REINDUCCIÓN ☐	OTRO _____	

TEMA:	SOCIALIZACIÓN Y NOTIFICAR LOS CAMBIOS REALIZADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN POR PARTE DE LA EMPRESA ANTE LA CONTINGENCIA DEL COVID-19), DONDE SE DESCRIBIRÁN LOS INTEGRANTES DE ARQUITECTURA URBANA LTDA TODAS LAS MEDIDAS ESPECÍFICAS, QUE ESTAS SE RELACIONAN EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE (RESOLUCIÓN 666 Y 682 DEL 2020).REALIZADO POR VIDEO CONFERENCIA EL DIA NUEVE 09) DE MAYOL DEL 2020 A LAS 10 AM A 13 PM, POR MEDIO DE LA APLICACIÓN ZOOM. ID DE LA REUNIÓN 786785512568
FECHA:	9-Mayo-2020 24 DE ABRIL 2020. HORA 10 AM

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA	FIRMA
1	Maria Cardina Ruiz Sierra	Coordinadora de Interven	20'739.707	
2	Paula Morales A	Coordnadra Proy	52'959.013	
3	FERNANDO AGUIRRE MEDINA	RESIDENTE INTERVENTOR	71821768	
4	OCCA MARIA VALDERRAMA CARREÑO	COORD. RRHH	52796082	
5	Luis Alejandro Valencia Soto	Inspector Interventoria	1003038476	
6	Juan Carlos Bucaro	Aux. SST	74389.135	
7	FERNANDO DARIO BARRIOS	DIRECTOR IVMM	18 939.064	
8	Carlos Andres Forgan Arias	Ing Civil Prof Apoyo	1'031.146 000	
9	Fernando Fandiano Perez	Conductor Auxiliar Admi	80978100	
10	Diana C Morales V	Profesional SST	1026572178	
11	Myriam Stella Ortero Ch	Servicios Generales	46368 783.	
12				
13				
14				
15				

FIRMA CAPACITADOR

ARQUITECTURA URBANA LTDA.	CONTROL DE ASISTENCIA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO				CÓDIGO	CPV-FT- 07
					Versión	1
	CAPACITACIÓN [X]	ENTRENAMIENTO [ ]	INDUCCIÓN [ ]	REINDUCCIÓN [ ]	OTRO _____	
TEMA:	SOCIALIZACIÓN Y LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN POR PARTE DE LA EMPRESA ANTE LA CONTINGENCIA DEL COVID-19), DONDE SE DESCRIBIRÁN LOS INTEGRANTES DE ARQUITECTURA URBANA LTDA TODAS LAS MEDIDAS ESPECÍFICAS, QUE ESTAS SE RELACIONAN EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE (RESOLUCIÓN 666 Y 682 DEL 2020).REALIZADO POR VIDEO CONFERENCIA EL DIA VEINTICUATRO (24) DE ABRIL DEL 2020 A LAS 10 AM A 13 PM, POR MEDIO DE LA APLICACIÓN ZOOM. ID DE LA REUNIÓN 9969041228					
FECHA:	24-ABRIL-2020 24 DE ABRIL 2020, HORA 10 AM					

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CÉDULA	FIRMA
1	María Carolina Ruiz S	Coordinadora de Intv.	20'739.707	
2	Paula Morales A	Coordinad de Pro	52'954.013	
3	FERNANDO AGUIRRE MEDINA	RESIDENTE INTERVENTOR	7182768	
4	CECILIA MARIA VALDERRAMA	COORD. RRHH	52'796082	
5	Luis Alejandro Valencia Soto	Inspector Interventoria	1003038476	
6	NELSON FABRICIO [illegible] B.	RES. RESIDENTE FLCD	17354571	
7	Juan Carlos Bucerin	Aux. SST	79'389.156	
8	FERNANDO DIAZ B	DIRECTOR OBRA	18 939.064	
9	Kelly Andrea Forero	Ing Civil Proy Analista	1'031.146.000	
10	Fernando Fandiño R.	Conductor Administrativo	80928100	
11	Diana Caporales	Profesional SST	1026572178	
12	Myriam Stella Otero C.	Servicios Generales	41 360 183.	
13				
14				
15				

FIRMA CAPACITADOR