








Capacitación Actos y Condiciones Inseguras, Caídas a Nivel y Distinto Nivel personal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10, Vereda Sauce La Unión Nariño 19 de julio de 2024.






Inspección de Botiquín de primeros auxilios a OAC Junta de Acción Comunal Vereda Sauce La Unión Nariño 19 de julio de 2024 en apoyo de interventoría Consorcio MASO 10.







Inspección de uso de Elementos de Protección Personal a los trabajadores de Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de interventoría Consorcio MASO 10, vereda Sauce La Unión Nariño 24 de julio de 2024.












Inspección de uso de Elementos de Protección Personal a los trabajadores de Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de interventoría Consorcio MASO 10, vereda Sauce La Unión Nariño 25 de julio de 2024.















Capacitación Accidentes de trabajo, Pausas Activas y Movimientos Repetitivos a personal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10, Vereda Sauce La Unión Nariño 25 de julio de 2024.







Inspección de uso de Elementos de Protección Personal a los trabajadores de Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de interventoría Consorcio MASO 10, vereda Sauce La Unión Nariño 26 de julio de 2024.









Capacitación Acoso laboral y prevención de consumo de alcohol a personal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10, Vereda Sauce La Uniòn Nariño 26 de julio de 2024.











Capacitación Riesgos físicos (vibración, ruido, temperatura) personal OAC Junta de Acción Comunal vereda El Peligro La Unión Nariño 15 de julio 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.









Inspección de uso de Elementos de Protección Personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro La Unión Nariño 18 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.








Capacitación Peligros y Riesgos, Riesgo ergonómico y Manipulación de herramientas manuales OAC Junta de Acción Comunal vereda El Peligro La Unión Nariño 18 de julio 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.





Inspección de uso de EPP y Botiquín de Primeros Auxilios de acuerdo a la Resolución 705 de 2007 OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 19 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.












Capacitación Pausas activas, prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 19 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.






Inspección de uso de EPP personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 23 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.













Capacitación Acoso Laboral y Riesgo psicosocial personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 23 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.






Inspección de uso de EPP personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 26 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.







Capacitación Manipulación de Herramientas manuales y Manipulación manual de cargas personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 26 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.




Capacitación Caídas a nivel y distinto nivel, cortes con objetos y herramientas a personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 30 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.






Inspecciòn de obra y EPP a colaboradores OAC Junta de Acciòn Comunal Vereda Llano Grande La Uniòn Nariño 31 de julio de 2024, en apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.





Capacitaciòn Peligros y Riesgos de la labor, Caìdas a nivel y distinto nivel e Importancia de uso de EPP a colaboradores OAC Junta de Acciòn Comunal Vereda Llano Grande La Uniòn Nariño 31 de julio de 2024, en apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.






Inspecciòn de botiquin de primeros auxilios bajo Resoluciòn 0705 de 2007 a OAC Junta de Acciòn Comunal Vereda Llano Grande La Uniòn Nariño 31 de julio de 2024.





Inspección de uso de Elementos de Protección Personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz Alto La Unión Nariño 11 de julio de 2024, en poyo de Interventoria Consorcio MASO 10.






Capacitación Peligros y Riesgos, Actos y condiciones Inseguras, Caídas a nivel y distinto nivel Personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz Alto La Unión Nariño 14 de junio de 2024, en apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.







Inspección de uso de Elementos de Protección Personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz Alto La Unión Nariño 15 de julio de 2024, en poyo de Interventoria Consorcio MASO 10.













Capacitación Acoso Laboral, Pausas Activas, Prevención de consumo de alcohol Personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz Alto La Unión Nariño 15 de julio de 2024, en apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.




I Inspección de Botiquin de primeros auxilios Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10, 5 de julio de 2024.






Inspecciòn de EPP e inspección de obra personal Junta de Acción Comunal de la vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10 La Uniòn Nariño 5 de julio de 2024.







Capacitación botiquin de primeros auxilios peronal Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10, Vereda Quiroz La Unión Nariño 5 de julio de 2024.









Inspecciòn de EPP personal Junta de Acción Comunal de la vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10 La Uniòn Nariño 8 de julio de 2024.







Capacitación prevención de consumo de alcohol, acoso laboral y Pausas activas, perosnal Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10, Vereda Quiroz La Unión Nariño 8 de julio de 2024.






Inspecciòn de EPP personal Junta de Acción Comunal de la vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10 La Uniòn Nariño 10 de julio de 2024.







Capacitación Riesgo ergonomico, movimientos repetitivos y manipulación de herramientas personal Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10, Vereda Quiroz La Unión Nariño 10 de julio de 2024.







Inspección de botiquin de primeros auxilios tipo A OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño 8 de julio de 2024, apoyo Interventoria Consorcio MASO 10.







Inspección uso de EPP trabajadores OAC Junta de Acción Comunal de la vereda Olivos La Unión Nariño 8 de julio de 2024, apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.









Capacitación peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras, primeros auxilios personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño 8 de julio de 2024, apoyo Interventoria Consorcio MASO 10.

.











Inspección uso de EPP trabajadores OAC Junta de Acción Comunal de la vereda Olivos La Unión Nariño 12 de julio de 2024, apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.









Capacitación importancia de uso de EPP, Manipulación de herramientas y Manipulación manual de cragas personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño 12 de julio de 2024, apoyo Interventoria Consorcio MASO 10.






Inspección uso de EPP trabajadores OAC Junta de Acción Comunal de la vereda Olivos La Unión Nariño 16 de julio de 2024, apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.












Inspección uso de EPP trabajadores OAC Junta de Acción Comunal de la vereda Olivos La Unión Nariño 23 de julio de 2024, apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.









Capacitación pausas activas, estilos de vida saludable, prevención de consumo de alcohol personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño 23 de julio de 2024, apoyo Interventoria Consorcio MASO 10.

.









Inpsecciòn uso de EPP OAC Junta de Acciòn Comunal de la Vereda Nueva Florida - San Pablo Nariño 30 de julio de 2024, apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.










Capacitaciòn en peligros y riesgos, importancia de uso de EPP y manipulaciòn de herramientas a personal OAC Junta de Acciòn Comunal de la vereda Nueva Florida - San Pablo Nariño; 30 de julio de 2024 apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.






## 8. REGISTRO FOTOGRAFICO DE LAS ACTIVIDADES DE LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL

### REGISTRO FOTOGRAFICO DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA QUIROZ MUNICIPIO DE LA UNIÒN NARIÑO

Estrega de dotación y EEP por parte del presidente de la Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz al personal de la obra, Vereda Quiroz La Unión Nariño 2 de julio de 2024.







### REGISTRO FOTOGRAFICO DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA OLIVOS MUNICIPIO DE LA UNIÒN NARIÑO

Compartir OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño a personal de la obra 12 de julio de 2024.






Compartir OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño a personal de la obra 23 de julio de 2024.




**NOTA:** Las Juntas de Acción Comunal de: Sauce, El peligro, Llano Grande, Quiroz Alto y Olivos del Municipio de La Unión Nariño; al igual que la Junta de Acción Comunal de la Vereda Nueva Florida del Municipio de San Pablo del departamento de Nariño, no entregaron evidencia fotográfica de actividades realizadas por las mismas en cuanto a seguridad y salud en el trabajo correspondiente al mes de julio del 2024, ya que no cuentan con profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Elaboro:

**GISSEL ANDREA MUÑOZ RIVERA**
C.C. 1.089.484.424 de La Unión (N)
Licencia 3889 de 20 de diciembre de 2022 IDSN
Inspectora SST

**REGISTRO FOTOGRAFICO DE LAS ACTIVIDADES DE LA INTERVENTORIA CONSORCIO MASO 10 MES DE JULIO DE 2024**

Inspectora SST: Gissel Andrea Muñoz Rivera
Administradora en Salud Ocupacional
Licencia 3889 de 20 de diciembre de 2022 IDSN

| **INTERVENTORIA CONSORCIO MASO 10** |
| --- |
| Socialización procedimiento de promoción y prevención Interventoría Consorcio MASO 10, La Unión Nariño 3 de julio de 2024.   |
| Socialización Programa de estilos de vida saludable Interventoría Consorcio MASO 10, La Unión Nariño 11 y 12 de julio de 2024.    |

Capacitación Pausas activas, acoso laboral y riesgo psicosocial Interventoría CONSORCIO MASO 10. La Unión Nariño 19 de julio de 2024.




Capacitación Riesgo público (atracos, hurtos y asonadas) Interventoría Consorcio MASO 10, La Unión Nariño 30 de julio de 2024.





**INTERVENTORIA CONSORCIO MASO 10 EN APOYO A OAC JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA SAUCE – LA UNIÓN NARIÑO CONVENIO 3121 - 2023**

Inspección de uso de EPP personal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10, Vereda Sauce La Unión Nariño 18 de julio de 2024.










Capacitación peligros y riesgos, Riesgo ergonómico y manipulación de herramientas personal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10, Vereda Sauce La Unión Nariño 18 de julio de 2024.









Inspección de obra e inspección de uso de EPP a personal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de interventoría Consorcio MASO 10, Vereda Sauce La Unión Nariño 19 de julio de 2024.





















Capacitación Actos y Condiciones Inseguras, Caídas a Nivel y Distinto Nivel personal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10, Vereda Sauce La Unión Nariño 19 de julio de 2024.






Inspección de Botiquín de primeros auxilios a OAC Junta de Acción Comunal Vereda Sauce La Unión Nariño 19 de julio de 2024 en apoyo de interventoría Consorcio MASO 10.







Inspección de uso de Elementos de Protección Personal a los trabajadores de Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de interventoría Consorcio MASO 10, vereda Sauce La Unión Nariño 24 de julio de 2024.












Inspección de uso de Elementos de Protección Personal a los trabajadores de Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de interventoría Consorcio MASO 10, vereda Sauce La Unión Nariño 25 de julio de 2024.















Capacitación Accidentes de trabajo, Pausas Activas y Movimientos Repetitivos a personal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10, Vereda Sauce La Unión Nariño 25 de julio de 2024.







Inspección de uso de Elementos de Protección Personal a los trabajadores de Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de interventoría Consorcio MASO 10, vereda Sauce La Unión Nariño 26 de julio de 2024.









Capacitación Acoso laboral y prevención de consumo de alcohol a personal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10, Vereda Sauce La Uniòn Nariño 26 de julio de 2024.













**INTERVENTORIA CONSORCIO MASO 10 EN APOYO A OAC JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA EL PELIGRO – LA UNIÓN NARIÑO CONVENIO 3119 - 2023**

Capacitación Riesgos físicos (vibración, ruido, temperatura) personal OAC Junta de Acción Comunal vereda El Peligro La Unión Nariño 15 de julio 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.









Inspección de uso de Elementos de Protección Personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro La Unión Nariño 18 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.








Capacitación Peligros y Riesgos, Riesgo ergonómico y Manipulación de herramientas manuales OAC Junta de Acción Comunal vereda El Peligro La Unión Nariño 18 de julio 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.





Inspección de uso de EPP y Botiquín de Primeros Auxilios de acuerdo a la Resolución 705 de 2007 OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 19 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.












Capacitación Pausas activas, prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 19 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.






Inspección de uso de EPP personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 23 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.













Capacitación Acoso Laboral y Riesgo psicosocial personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 23 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.






Inspección de uso de EPP personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 26 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.







Capacitación Manipulación de Herramientas manuales y Manipulación manual de cargas personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 26 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.




Capacitación Caídas a nivel y distinto nivel, cortes con objetos y herramientas a personal OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro 30 de julio de 2024, en apoyo de Interventoría Consorcio MASO 10.






**INTERVENTORIA CONSORCIO MASO 10 EN APOYO A OAC JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE – LA UNIÓN NARIÑO CONVENIO 3089 - 2023**

Inspecciòn de obra y EPP a colaboradores OAC Junta de Acciòn Comunal Vereda Llano Grande La Uniòn Nariño 31 de julio de 2024, en apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.





Capacitaciòn Peligros y Riesgos de la labor, Caìdas a nivel y distinto nivel e Importancia de uso de EPP a colaboradores OAC Junta de Acciòn Comunal Vereda Llano Grande La Uniòn Nariño 31 de julio de 2024, en apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.






Inspecciòn de botiquin de primeros auxilios bajo Resoluciòn 0705 de 2007 a OAC Junta de Acciòn Comunal Vereda Llano Grande La Uniòn Nariño 31 de julio de 2024.





**INTERVENTORIA CONSORCIO MASO 10 EN APOYO A OAC JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA QUIROZ ALTO – LA UNIÓN NARIÑO CONVENIO 3122 - 2023**

Inspección de uso de Elementos de Protección Personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz Alto La Unión Nariño 11 de julio de 2024, en poyo de Interventoria Consorcio MASO 10.








Capacitación Peligros y Riesgos, Actos y condiciones Inseguras, Caídas a nivel y distinto nivel Personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz Alto La Unión Nariño 14 de junio de 2024, en apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.









Inspección de uso de Elementos de Protección Personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz Alto La Unión Nariño 15 de julio de 2024, en poyo de Interventoria Consorcio MASO 10.














Capacitación Acoso Laboral, Pausas Activas, Prevención de consumo de alcohol Personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz Alto La Unión Nariño 15 de julio de 2024, en apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.



**INTERVENTORIA CONSORCIO MASO 10 EN APOYO A OAC JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA QUIROZ – LA UNIÓN NARIÑO CONVENIO 3153 - 2023**

Inspección de Botiquin de primeros auxilios Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10, 5 de julio de 2024.







Inspecciòn de EPP e inspección de obra personal Junta de Acción Comunal de la vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10 La Uniòn Nariño 5 de julio de 2024.







Capacitación botiquin de primeros auxilios peronal Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10, Vereda Quiroz La Unión Nariño 5 de julio de 2024.









Inspecciòn de EPP personal Junta de Acción Comunal de la vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10 La Uniòn Nariño 8 de julio de 2024.









Capacitación prevención de consumo de alcohol, acoso laboral y Pausas activas, perosnal Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10, Vereda Quiroz La Unión Nariño 8 de julio de 2024.






Inspecciòn de EPP personal Junta de Acción Comunal de la vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10 La Uniòn Nariño 10 de julio de 2024.










Capacitación Riesgo ergonomico, movimientos repetitivos y manipulación de herramientas personal Junta de Acción Comunal de la Vereda Quiroz en apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10, Vereda Quiroz La Unión Nariño 10 de julio de 2024.






**INTERVENTORIA CONSORCIO MASO 10 EN APOYO A OAC JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA OLIVOS – LA UNIÓN NARIÑO CONVENIO 3157 - 2023**

Inspección de botiquin de primeros auxilios tipo A OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño 8 de julio de 2024, apoyo Interventoria Consorcio MASO 10.







Inspección uso de EPP trabajadores OAC Junta de Acción Comunal de la vereda Olivos La Unión Nariño 8 de julio de 2024, apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.










Capacitación peligros y riesgos; actos y condiciones inseguras, primeros auxilios personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño 8 de julio de 2024, apoyo Interventoria Consorcio MASO 10.

.











Inspección uso de EPP trabajadores OAC Junta de Acción Comunal de la vereda Olivos La Unión Nariño 12 de julio de 2024, apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.










Capacitación importancia de uso de EPP, Manipulación de herramientas y Manipulación manual de cragas personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño 12 de julio de 2024, apoyo Interventoria Consorcio MASO 10.






Inspección uso de EPP trabajadores OAC Junta de Acción Comunal de la vereda Olivos La Unión Nariño 16 de julio de 2024, apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.













Inspección uso de EPP trabajadores OAC Junta de Acción Comunal de la vereda Olivos La Unión Nariño 23 de julio de 2024, apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.








Capacitación pausas activas, estilos de vida saludable, prevención de consumo de alcohol personal OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda Olivos La Unión Nariño 23 de julio de 2024, apoyo Interventoria Consorcio MASO 10.









**INTERVENTORIA CONSORCIO MASO 10 EN APOYO A OAC JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA NUEVA FLORIDA – SAN PABLO NARIÑO**
**CONVENIO 3281 - 2023**

Inpsecciòn uso de EPP OAC Junta de Acciòn Comunal de la Vereda Nueva Florida - San Pablo Nariño 30 de julio de 2024, apoyo de Interventorìa Consorcio MASO 10.









Capacitaciòn en peligros y riesgos, importancia de uso de EPP y manipulaciòn de herramientas a personal OAC Junta de Acciòn Comunal de la vereda Nueva Florida - San Pablo Nariño; 30 de julio de 2024 apoyo de Interventoria Consorcio MASO 10.







Elaboro:

**GISSEL ANDREA MUÑOZ RIVERA**
C.C. 1.089.484.424 de La Unión (N)
Licencia 3889 de 20 de diciembre de 2022 IDSN
Inspectora SST

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Fecha: 01/04/2024

Examen médico ocupacional: Ingreso

## 1. IDENTIFICACIÓN

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: LISSETTE VIVIANA DIAZ URBANO |
| Número de identificación: 1032497441 |
| Fecha de nacimiento: 15_02_1998 |
| Edad: 26 años Sexo: M _ F X_ |
| Estado civil: S _ C_X UL_ Sep._ V_ |
| Escolaridad: Primaria _ Media _ Técnica Universitario _ Postgrado _ |
| Cargo: Supervisión de obra de pavimentación |

## 2. ANTECEDENTES

| |
|---|
| Familiares: NO REFIERE |
| Personales: NO REFIERE |
| Toxico alérgicos: NO REFIERE |
| Laborales: NIEGA |
| Ginecológicos: G0P0A0V0 |

## 3. REVISIÓN POR SISTEMAS:

| |
|---|
| NO REFIERE |

## 4. EXAMEN FÍSICO:

| |
|---|
| Estado general: Buenas condiciones generales |
| Peso: 64 KG kg Talla: 1.6 Mt T.A: 110/60 mmHg FC: 80 X´ FR: 17 X´ T: Afebril |
| Piel y faneras: rosada, sin lesiones, mucosas húmedas, no ictericia |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| |
|---|
| Cabeza y cuello: ORL normal, no adenopatías |
| Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, tórax simétrico, expansible |
| Abdomen: blando, depresible, no dolor, no masas, no megalias, peristaltismo presente |
| Genitourinario: No explorado |
| Extremidades superiores: Tinel, Phalen, fikelstein negativos bilateralmente. Arcos de movilidad de hombro, codo, muñeca y manos completos bilateralmente |
| Extremidades inferiores: Movimientos y arcos de articulaciones conservados, estabilidad de rodillas conservadas, exploración rotuliana Y meniscal normal Bilateral |
| Columna: Normoconfigurada, Lasegue negativo, rangos de flexo extensión, rotación, inclinación conservados |
| Vascular: pulsos +, perfusión < 2 segundos, no edemas, no varices |
| Neurológico: sin déficit, alerta, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT +++/+++++ |

5. **DIAGNÓSTICOS:**

6. **CONCEPTO DE APTITUD:**

Fecha: 01/04/2024 Examen médico ocupacional para: Ingreso

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: LISSETTE VIVIANA DIAZ URBANO |
| Número de identificación: 1032497441 |
| Edad: 26 años Sexo: M _ F X |
| Cargo: Supervisión de obra de pavimentación |

**EXÁMENES REALIZADOS:** medico pre ocupacional

**CONCEPTO DE APTITUD:**

| | |
|---|---|
| Apto | x |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| | |
|---|---|
| Apto con recomendaciones no disminuyen su capacidad laboral | |
| Requiere nueva valoración | |
| Con restricción para el cargo. | |

**OBSERVACIONES:** Se recomienda a la empresa: Realizar inducción al cargo y capacitación en ergonomía y salud ocupacional. Capacitar en normas de bioseguridad. Proporcionar al trabajador los elementos de protección personal, necesarios para su labor. Implementar pausas activas y cambios de posición durante la jornada laboral.

**RECOMENDACIONES:** Al trabajador: Seguir normas básicas de ergonomía y bioseguridad. Uso de elementos de protección personal según los riesgos de exposicion en el cargo. Realizar pausas activas por horario cada 2 horas y ejercicios de dorsiflexion plantar si bipedestación prolongada.
Realización de actividad física regular, mínimo 3 veces por semana. Uso de bloqueador solar. Levantamiento de peso maximo 7 kg. Evitar posturas en sedente o bipedo prolongadas. Uso de medias de descanso. Uso de corrección visual permanente. Control periodico por optometria en eps.

**RESTRICCIONES:** Ninguna

**OBSERVACIONES:** Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas.

*" Certifico que no omití datos relevantes sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud y que toda la información expresada en este documento es verdadera"*

Lissette Viviana Diaz Urbano

Dra. Yully Arboleda C.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
R.M. 165250

Dra Yuli Arboleda Cifuentes
Esp. Medicina Laboral-Lic 1423298

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

SST

Seguridad Y Salud En El Trabajo

*Dra. Soffi Tatiana Rodríguez M.*
*Medica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo*
*Registro Medico:1143839790- Lic SST 894*
*La Unión Nariño*

## CONCEPTO VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL

**Tipo de certificación: EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO**
**Fecha: 11/05/2024**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre: Jesús Ever Valdes**

**Edad: 52 años**
**Sexo: Masculino**
**Teléfono: 3156427888**
**Documento de Identificación: 15813917**
**Fecha de nacimiento: 20/09/1972**
**Departamento: Nariño**
**Ciudad: La Unión**
**Dirección: Vereda El Sauce (a)**
**Hijos: Ninguno**
**EPS: Emssanar**
**Antecedentes familiares: Madre (fallecido)**
**Antecedentes Patológicos personales: Ninguno**
**Antecedentes alérgicos: Ninguno.**
**Antecedentes laborales: Ninguno**
**Hábitos: Caminar 2 horas al día por 3 días**
**Empresa: Junta de Acción Comunal vereda el sauce**
**Puesto de trabajo: Operario en placa huella (construcción)**

| EXAMENES | RESULTADOS | | EXÁMENES | RESULTADOS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FISICO | Normal | X | VISIOMETRIA | Normal | x | |
| | Anormal | | | Anormal | | |
| VALORACIÓN COLUMNA | Normal | X | AUDIOMETRIA | Normal | x | |
| | Anormal | | | Anormal | | |
| VÉRTIGO | Normal | X | OPTOMETRIA | Normal | | |
| | Anormal | | | Anormal | | |

- **Peso: 64 kg Talla:1.67 m IMC: 23.5 (Normal)**
  **Tª: 36.00 ªC TA: 120/75 mmHg Fc: 70 Fr: 21 So2: 97%**

**LABORATORIOS CLINICOS: 1. No aplica**

**Paciente quien a la fecha no presenta síntomas respiratorios tales como tos, dolor de garganta dificultad respiratoria, tampoco presenta fiebre o contacto estrecho con personas sospechosas o positivas para COVID 19.**

Powered by CamScanner

**CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa.**

**RECOMENDACIONES: Realizar pausas activas y usar los elementos de protección personal correspondientes.**

**RESTRICCIONES: Ninguna**

**OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural y pausas activas.**

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Visual | X | Psicológico | X |
| Auditivo | | Respiratorio | |
| Ergonómico | X | Biológico | X |
| Cardiovascular | | | |

**REMISIÓN**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ARL | SI | | NO | X |
| EPS | SI | | NO | X |

Tatiana Rodríguez M.
Medico Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. SST 894

**Soffi Tatiana Rodríguez Martínez**
**Médico especialista en Seguridad y salud en el Trabajo**
**RM: 1143839790- Lic SST 894**

Jesus Ever Valdes

**Firma del Trabajador**
15873977 La Unión (N)

Powered by CamScanner

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL.
Celular: 3225039422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 18 MAYO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: NELSON URRESTY | FECHA NACIMIENTO: 25-NOVIEMBRE-1964 |
| CEDULA: 15812457 EDAD: 59 AÑOS | CARGO: AYUDANTE DE OBRA |
| EPS: NUEVA EPS ARL: | PESO: 55 Kg TALLA: 163 cm IMC: 20.7 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL DEL SAUCE A | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: CORREGIMIENTO EL SAUCE – LA UNION (N) | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ☑ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ☑ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | NO ADECUADO | ☐ | | |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/30 OD, 20/25 OI | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| VALORACION POR OPTOMETRA |
| SVE VISUAL |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIO, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS, SUSPENDER EL CIGARRILLO |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
LIC. 757-02 2016

Nelson urresty
FIRMA DEL TRABAJADOR



Powered by CamScanner

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Fecha: 03/05/2024

Examen médico ocupacional: Ingreso

## 1. IDENTIFICACIÓN

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: JUAN CARLOS MORENO CERON |
| Número de identificación: 1 5 . 8 1 7 . 5 1 6 |
| Fecha de nacimiento: 22_04_1985 |
| Edad: 39 años Sexo: M X F ___ |
| Estado civil: S __C_ UL_X Sep._ V_ |
| Escolaridad: Primaria _ Media _X Técnica Universitario _ Postgrado _ |
| Cargo: MAESTROS CONTRATISTA DE OBRA CIVIL VEREDA EL SAUCE |

## 2. ANTECEDENTES

| |
|---|
| Familiares: NO REFIERE |
| Personales: NO REFIERE |
| Toxico alérgicos: NO REFIERE |
| Laborales: NIEGA |
| Ginecológicos: NO APLICA |

## 3. REVISIÓN POR SISTEMAS:

| |
|---|
| NO REFIERE |

## 4. EXAMEN FÍSICO:

| |
|---|
| Estado general: Buenas condiciones generales |
| Peso: 62 KG kg Talla: 1.68 Mt T.A: 120/80 mmHg FC: 80 X´ FR: 18 X´ T: Afebril |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| |
|---|
| Piel y faneras: rosada, sin lesiones, mucosas húmedas, no ictericia |

| |
|---|
| Cabeza y cuello: ORL normal, no adenopatías |
| Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, tórax simétrico, expansible |
| Abdomen: blando, depresible, no dolor, no masas, no megalias, peristaltismo presente |
| Genitourinario: No explorado |
| Extremidades superiores: Tinel, Phalen, fikelstein negativos bilateralmente. Arcos de movilidad de hombro, codo, muñeca y manos completos bilateralmente |
| Extremidades inferiores: Movimientos y arcos de articulaciones conservados, estabilidad de rodillas conservadas, exploración rotuliana Y meniscal normal Bilateral |
| Columna: Normoconfigurada, Lasegue negativo, rangos de flexoextension, rotación, inclinación conservados |
| Vascular: pulsos +, perfusión < 2 segundos, no edemas, no varices |
| Neurológico: sin déficit, alerta, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT +++/+++++ |

1. **DIAGNÓSTICOS:**

2. **CONCEPTO DE APTITUD:**

Fecha: 03/05/2024 Examen médico ocupacional para: Ingreso

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: JUAN CARLOS MORENO |
| Número de identificación: 15.817.516 |
| Edad: 39 años Sexo: M X_ F _ |
| Cargo: MAESTRO CONTRATISTA DE OBRA CIVIL VEREDA EL SAUCE |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

*Dra yully Arboleda Cifuentes*
*Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo*
*Lic. 1423-298*

**EXÁMENES REALIZADOS:** Medico pre ocupacional

**CONCEPTO DE APTITUD:**

| | |
|---|---|
| Apto | x |
| Apto con recomendaciones no disminuyen su capacidad laboral | |
| Requiere nueva valoración | |
| Con restricción para el cargo. | |

**OBSERVACIONES:** Se recomienda a la empresa: Realizar inducción al cargo y capacitación en ergonomía y salud ocupacional. Capacitar en normas de bioseguridad. Proporcionar al trabajador los elementos de protección personal, necesarios para su labor. Implementar pausas activas y cambios de posición durante la jornada laboral.

**RECOMENDACIONES:** Al trabajador: Seguir normas básicas de ergonomía y bioseguridad. Uso de elementos de protección personal según los riesgos de exposición en el cargo. Realizar pausas activas por horario cada 2 horas y ejercicios de dorsiflexión plantar si bipedestación prolongada.
Realización de actividad física regular, mínimo 3 veces por semana. Uso de bloqueador solar. Evitar posturas en sedente o bipedo prolongadas.

**RESTRICCIONES:** Ninguna

**OBSERVACIONES:** Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas.

*" Certifico que no omití datos relevantes sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud y que toda la información expresada en este documento es verdadera"*

Dra. Yully Arboleda C.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
R.M. 765250

JUAN CARLOS MORENO
.

Dra Yuli Arboleda Cifuentes
Esp. Medicina Laboral-Lic 1423298

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 03 JUNIO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: FABIAN RICARDO GOMEZ MARTINEZ | | FECHA NACIMIENTO: 13-JULIO-2004 |
| CEDULA: 1.089.478.458 | EDAD: 19 AÑOS | CARGO: AUXILIAR DE OBRA |
| EPS: EMSSANAR | ARL: | PESO: 54 Kg TALLA: 168 cm IMC: 19.1 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA EL SAUCE | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: VDA. EL SAUCE LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ■ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ■ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | | | NO ADECUADO | ☐ |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/20 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| |
| |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIO, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS, CUMPLIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
LIC. 252-02-2015

Fabian Gómez
FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 03 JUNIO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: MAURICIO HERNANDO PINTA ROMERO | | FECHA NACIMIENTO: 12-OCTUBRE-1987 |
| CEDULA: 1.084.222.199 | EDAD: 36 AÑOS | CARGO: AUXILIAR DE OBRA |
| EPS: NUEVA EPS | ARL: | PESO: Kg TALLA: cm IMC: |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA EL SAUCE | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: VDA. EL SAUCE LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ☒ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ☒ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | | | NO ADECUADO | ☐ |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/20 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| AL EXAMEN MEDICO PRESENTA CONDICION DE SALUD QUE DISMINUYEN MINIMAMENTE SU CAPACIDAD LABORAL PARA ESTE CARGO. |
| SVE ERGONOMICO |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS, CUMPLIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 29 MAYO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE ALVARO SOLARTE VELASCO | | FECHA NACIMIENTO: 01-DICIEMBRE-1966 |
| CEDULA: 15812366 | EDAD: 58 AÑOS | CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION |
| EPS: ASMET SALUD | ARL: | PESO: 56 Kg TALLA: 168 cm IMC: 19.8 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL DE QUIROZ ALTO | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: CORREGIMIENTO QUIROZ ALTO LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ■ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ■ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | | | NO ADECUADO | ☐ |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/20 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| |
| |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIO, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
LIC. 252 DE 2019

FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 21 JUNIO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: JEREMY SNEIDER ORTEGA MORENO | | FECHA NACIMIENTO: 30-MAYO-2003 |
| CEDULA: 1.004.675.311 | EDAD: 21 AÑOS | CARGO: AYUDANTE DE OBRA |
| EPS: MALLAMAS | ARL: | PESO: 77 Kg TALLA: 172 cm IMC: 26 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL | ACTIVIDAD ECONOMICA: |
| DIRECCION: LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ☑ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ☐ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☑ | NO ADECUADO | ☐ | | |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/30 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| SE SOLICITA ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE LA PARED ABDOMINAL Y NUEVA VALORACION POR MEDICINA LABORAL CON RESULTADO, PARA EMITIR CONCEPTO DE APTITUD LABORAL |
| |
| |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL

Sneider ortega
FIRMA DEL TRABAJADOR

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.497.441**

**DIAZ URBANO**

APELLIDOS

**LISSETTE VIVIANA**

NOMBRES

Lissette Diaz Urbano

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1998**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-ABR-2016 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA**

P-1500150-00828948-F-1032497441-20160518 **0049**822111A 1 46447417

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 15.817.516
MORENO CEHON
APELLIDOS
JUAN CARLOS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1985
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
30-MAY-2003 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-1109700-00982433-M-0015817516-20180227 0059838005A 1 50250823

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.813.917**

**VALDES**

APELLIDOS

**JESUS EVER**

NOMBRES

Jesús Ever Valdés

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1972**

**LA UNION**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**30-ABR-1991 LA UNION**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100150-00154445-M 0015813917-20090417 **0010**722629A 1 2860030011

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.812.457

URRESTY

APELLIDOS

NELSON

NOMBRES

Nelson urresty

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-1964**

**LA UNION**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.62** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**30-SEP-1985 LA UNION**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

R-2307900-00166345-M-0015812457-20090804 **00144**67447A 1 27214186

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.812.365
SOLARTE VELASCO

APELLIDOS
JOSE ALVARO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1966
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
30-ABR-1985 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

0012293168 1 27143232



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.089.478.458
GOMEZ MARTINEZ
APELLIDOS
FABIAN RICARDO
NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-2004
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

06-OCT-2022 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2307900-01329006-M-1089478458-20221117 0090366001A 1 56377478

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.222.199

PINTA ROMERO

APELLIDOS

MAURICIO HERNANDO

NOMBRES



Mauricio Hernando Pinta R.

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
12-OCT-1987

BUESACO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.68 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

22-AGO-2006 BUESACO

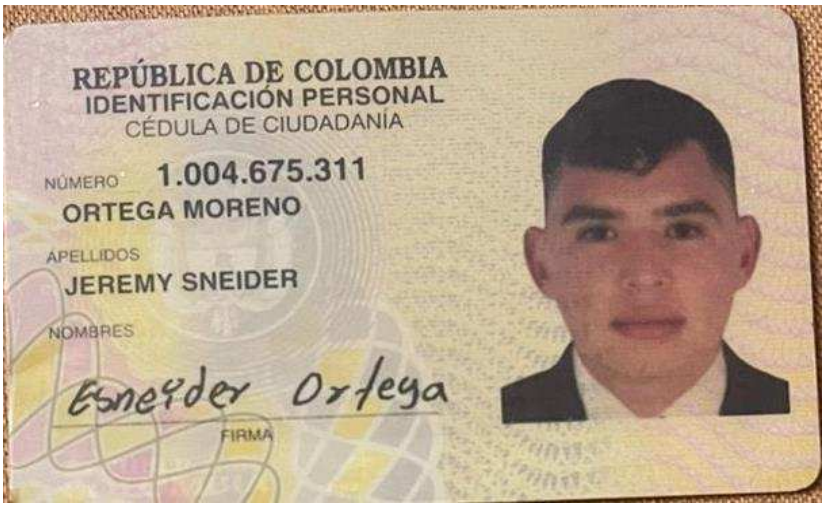
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2301900-53155851-M-1084222199-20070124

0331107023P 02 216401706

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.675.311
ORTEGA MORENO

APELLIDOS
JEREMY SNEIDER

NOMBRES
Esneyder Ortega

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-2003
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
04-JUN-2021 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

P-2307900-01245445-M-1004675311-20210715 0074971516A 1 56278728

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/05/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901031819 | **Cédula Usuario:** | CC 15813807 |
| **Nombre:** | JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA EL SAUCE | | | | |
| **Dirección:** | VDA EL SAUCE | | | | |
| **Departamento:** | NARIÑO | | **Municipio:** | LA UNION | |
| **Correo electrónico:** | FRAUL35@HOTMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 3116007617 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1949901 ACTIVIDADES DE OTRAS ASOCIACIONES NCP, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE ASOCIACIONES QUE NO ESTAN DIRECTAMENTE AFILIADAS A UN PARTIDO POLITICO, QUE PROMUEVEN UNA CAUSA O TEMATICA PUBLICA MEDIANTE CAMPANAS DE EDUCACION AL PUBLICO, INFLUENCIA POLITICA, RECAUDACION DE FONDOS, ENTRE OTROS INICIATIVA DE LOS CIUDADANOS Y MOVIMIENTOS DE PROTESTA, AMBIENTALES Y ECOLOGICOS; ASOCIACIONES DE CONSUMIDORES, ASOCIACIONES DE AUTOMOVILISTAS, ASOCIACIONES CON FINES PATRIOTICOS, INCLUYENDO ASOCIACIONES DE VETERANOS DE GUERRA, ASOCIACIONES PARA LA PROTECCION Y EL MEJORAMIENTO DE GRUPOS ESPECIALES, POR EJEMPLO, GRUPOS ETNICOS Y GRUPOS MIN | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 15813807 | RAUL URBANO LUNA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 17/05/2024 | CC 1032497441 | DIAZ URBANO LISSETTE | 5 | 6.960 | **Independiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

FB727782E5FA85ED840010BAB81D5859 Certificado impreso el día 5/16/2024 7:49:14 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

**LISSETTE VIVIANA**
**DIAZ URBANO**
1032497441

**JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA EL SAUCI**
901031819

Este carné es personal e intransferible.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JESUS EVER VALDES** identificado con **CC** No. **15813917**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA EL SAUCE - N. 901031819 | **Fecha de inicio de cobertura :** 16/05/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015211263.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **NELSON URRESTY** identificado con **CC** No. **15812457**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA EL SAUCE - N. 901031819 | **Fecha de inicio de cobertura :** 16/05/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015211422.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FABIAN RICARDO GOMEZ MARTINEZ** identificado con **CC** No. **1089478458**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUAN CARLOS MONERO CERON - N. 15817516 | **Fecha de inicio de cobertura :** 20/06/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016252285.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JEREMY SNEIDER ORTEGA MORENO** identificado con **CC** No. **1004675311**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUAN CARLOS MONERO CERON - N. 15817516 | **Fecha de inicio de cobertura :** 20/06/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016252327.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOSE ALVARO SOLARTE VELASCO** identificado con **CC** No. **15812366**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUAN CARLOS MONERO CERON - N. 15817516 | **Fecha de inicio de cobertura :** 20/06/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016252317.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN**

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

**HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, el empleador **JUAN CARLOS MONERO CERON** identificado con Nit No.**15817516**, registra afiliación desde 20/06/2024, su actividad económica principal es CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VIAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TUNELES, LINEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS con código de actividad No 5421001 y clase de riesgo 5, estado ACTIVO.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016275454

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Positiva Compañía de Seguros S.A.**
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MAURICIO HERNANDO PINTA ROMERO** identificado con **CC** No. **1084222199**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUAN CARLOS MONERO CERON - N. 15817516 | **Fecha de inicio de cobertura :** 21/06/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016275477.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LISSETTE VIVIANA DIAZ URBANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032497441,** se encuentra afiliado/a desde **21/05/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de mayo de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JESUS EVER VALDES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.813.917**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

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.*

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**NELSON URRESTY,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.812.457**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Seguiremos CONTIGO

Emssanar EPS

**Estimado JESUS EVER VALDES**

Para Emssanar ha sido grato cuidar su salud y la de su familia desde el día en que usted decidió escogernos como su EPS. *¡Gracias por continuar con nosotros!.*

Ahora, le damos la bienvenida al Régimen Contributivo de Emssanar, recordándole que nuestro deseo es y seguirá siendo promover en usted y su familia la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, a fin de cuidar su salud y prevenir la enfermedad.

Para ello hemos diseñado un Plan de Salud que contempla las siguientes dimensiones:

- **Mujer Promotora de Salud**
- **Infancia Saludable**
- **Adultos Cuidando su Salud**
- **Mente Sana**
- **Enfermedades de Interés en Salud Pública Vigiladas y Controladas**

Transversal a todas las dimensiones, se considera un Enfoque Diferencial que permitirá el acceso a los servicios e salud a la población diferenciada por etnias, por violencia, por su situación de discapacidad, por su condición generacional y de género.

Recuerde que usted puede participar activamente en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que se ofrecen gratuitamente en la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que hemos contratado para que usted sea atendido.

Para conocer la red de IPS y de Urgencias contratada por Emssanar para su atención, conocer el valor de las cuotas moderadoras y copagos, conocer sus deberes, derechos y demás beneficios en salud, por favor visite la página web www.emssanar.org.co

Le recordamos donde quedan ubicadas las IPS de primer nivel donde usted y su familia serán atendidos:

- **COTIZANTE** - JESUS EVER VALDES - ESE CENTRO DE SALUD MUNICIPAL NIVEL I LUIS ACOSTA - LA UNION ( NARIÑO ) - BRR PANAMERICANO

Además, si termina su vinculación laboral, podrán seguir inmediatamente en el régimen subsidiado de Emssanar mediante la radicación y firma del Formulario Único de Afiliación que garantizará la permanencia en el régimen subsidiado de salud, de usted y todo su nucleo familiar.

Con este correo Emssanar EPS da cumplimiento a lo estipulado en el decreto 064 del 2020, notificando al afiliado de su afiliación.

**Emssanar lo invita a cuidar su propia salud mediante la práctica de estilos de vida saludables**

**Gerencia Comercial**
EMSSANAR EPS SAS

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 15812457 |
| NOMBRES | NELSON |
| APELLIDOS | URRESTY |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | NARIÑO |
| MUNICIPIO | LA UNION |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. -CM | CONTRIBUTIVO | 01/09/2023 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 08/01/2024 22:06:43 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos

*San Juan de Pasto,07 de Junio de 2024*

*Señor(a)*
***URBANO LUNA RAUL***
*JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA EL SAUSE*
*VDA EK SAUSE*
*3116007617*
*LA UNION (NARINO)*

*Apreciado (a) Señor (a)*

*En nombre del Director Administrativo de la Caja de Compensación Familiar de Nariño, les presenta un cordial saludo de bienvenida, y le es grato comunicarles que su solicitud de afiliación ha sido aprobada mediante Resolución No.* ***RESOL 035 DEL 04 JUN 2024*** *y nos agradaría contar con su colaboración en el pago oportuno de los aportes y los factores salariales señalados en el Artículo 17 Ley 21 de 1982; a través de su Empresa cancelando a partir del mes que causó nómina teniendo en cuenta Planilla Única como pago unificado a Seguridad Social y Parafiscales; en las fechas señaladas en el Decreto 1670 de mayo 14 de 2007 entrando a nuestra página web* ***www.comfamiliarnarino.com*** *-* ***servicioalcliente@asopagos.com.***

*Le solicitamos informar a sus trabajadores que a partir de la fecha tienen 60 días calendario para que presenten el Formulario de Afiliación con los documentos soportes que den derecho a recibo de Cuota Monetaria y/o servicios.*

*Además, con el objeto de socializar todo lo relacionado con los derechos y las obligaciones que adquiere la empresa, así como la forma de acceder a los servicios y beneficios para los trabajadores adscritos a la misma, los estarán visitando el personal de Mercadeo Corporativo para la presentación del Portafolio de Servicios.*

*Atentamente,*

***JORGE E. MORIANO ORTIZ***
*Coordinador(a) Aportes y fiscalización*

*Proyectó:* ***LEIDY MILENA ORDOÑEZ SANTACRUZ***

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA SAUCE**

**FECHA:** 18-julio-2025 **CONVENIO:** 3121-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

Yo, Jesús Eucardo Valdés identificado con cedula de ciudadanía número 1118134817 de la Unión Nariño, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Jesús Eder Valder

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA SAUCE**

**FECHA:** 18-julio-2024 **CONVENIO:** 3121-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Nelson Ovalle / Auxiliar de obra

**Yo,** Nelson Ovalle **identificado con cedula de ciudadanía número** 1582115 **de** la Unión (N), **hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Nelson Urrego

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA SAUCE**

**FECHA:** 18-feb-2024 **CONVENIO:** 3121-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Maestro de Obra

**Yo,** Juan Carlos Moreno Civani **identificado con cedula de ciudadanía número** 15817516 **de** La Unión (N), **hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA SAUCE**

**FECHA:** 18 - julio - 2021 **CONVENIO: 3121-2023**

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

Yo, Fabian Gomez identificado con cedula de ciudadanía número 1084478459 de La Union (V), hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.

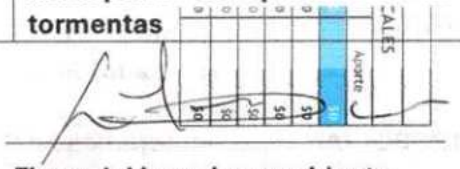
**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Fabián Gómez

**Firma del colaborador**



**Firma del ingeniero residente**

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA SAUCE**

**FECHA:** 18-07-2024 **CONVENIO: 3121-2023**

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Santiago Espeña **identificado con cedula de ciudadanía número** 1004675505 **de** La Unión Nariño **, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Santiago Echeverri

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

**FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA SAUCE**

**FECHA:** 18-julio-2024 **CONVENIO: 3121-2023**

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Ayudante de obra

**Yo,** Alvaro Solarte **identificado con cedula de ciudadanía número** 1581236 **de** la Union (V) **, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA SAUCE**

**FECHA:** 18-07-2024 **CONVENIO:** 3121-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Ernesto Ortega **identificado con cedula de ciudadanía número** 1004675311 **de** la unión (N), **hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA SAUCE**

**FECHA:** 18-07-2024 **CONVENIO:** 3121-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Mauricio Romero **identificado con cedula de ciudadanía número** 1086122194 **de** La Unión (N), **hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Jesus Evar Valdez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 15873977 de Uri...

CARGO Auxiliar de Obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Accion Comonal Vereda Sauce

FECHA 18-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA SI

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Lissette Diaz

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Aldson urrosty

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 15812457

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Acción Comunal Vereda Sceuc

FECHA 18-07-2024 EVALUACIÓN SATISFACTORIA SI

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Lissette Diaz

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Juan Carlos Moreno

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1587516

CARGO Maestro de obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Accion Comunal Vereda Sacre

FECHA 18-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA SI

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Linette Diaz

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (F)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (F)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Santiago Alexander Estrada Moreno

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1004615505

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Acción Comunal Vereda Sauce

FECHA 18-07-2025 EVALUACIÓN SATISFACTORIA SI

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Lisseth Diaz

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( ✓ ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Fabian Gomez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1089498458

CARGO Auxiliar de Obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Accion Comunal Vereda Sauce

FECHA 18-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Lissette Diaz

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (√)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (√)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (√)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (√)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Alvaro solate 75872366

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Accion Comunal Vereda Sacua

FECHA 18-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Lissette Diaz

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Snéider Ortega Moreno

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1004675379

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Jefe de Acceso Comercial Verde Sacr

FECHA 18-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Lisseth Diaz

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Jairo Lopez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1085272199

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Acción comunal Vereda Suarez

FECHA 18-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Lissette Diaz

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador (V ).

**JUNTA DE ACCIÒN COMUNALDE LA VEREDA SAUCE – MUNICIPIO DE LA UNIÒN NARIÑO**
**NIT: 901031819-6**
**CONVENIO: 3121 - 2023**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

NOMBRE: Jesus Ever Valdez IDENTIFICACIÓN: 15.813.917

CARGO: Ayudante de Obra.

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS**

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 15-05-2024 | Casco dialectrico Amarillo | 1 | Jesus Ever Valdez |
| 2 | 15-05-2024 | Guantes de carnaza (Par) | 1 | Jesus Ever Valdez |
| 3 | 15-05-2024 | Paleta Pare y Siga | 1 | Jesus Ever Valdez |
| 4 | 15-05-2024 | Gafas Sosega Master | 1 | Jesus Ever Valdez |
| 5 | 18-07-2024 | Guantes Anti Corte | 1 | Jesus Ever Valdez |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)**
**UNIFORMES TIPO INVIAS**

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 15-05-2024 | 1 | M | 1 | M | | | Jesus Ever Valdez |
| 20-05-2024 | | | | | 1 | 40 | Jesus Ever Valdez |
| | | | | | | | |

**COMPROMISO**

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento al Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo Dotación) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CST Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA SAUCE.

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

FIRMA DE LEIDO Y COMPRENDIDO EL COMPROMISO:

Jesus Ever Valdez

IDENTIFICACIÓN No: 15813917 DE: La Unión Nariño

**JUNTA DE ACCIÒN COMUNALDE LA VEREDA SAUCE – MUNICIPIO DE LA UNIÒN NARIÑO**
**NIT: 901031819-6**
**CONVENIO: 3121 - 2023**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

NOMBRE: Nelson Urresty IDENTIFICACIÓN: 15812457

CARGO: Obrero (Ayudante de Obra)

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS**

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 15/05/24 | casco dielectrico amarillo | 1 | Nelson urresty |
| 2 | 15/05/24 | guantes de carnaza | 1 | Nelson urresty |
| 3 | 15/05/24 | Paleta pare y siga | 1 | Nelson urresty |
| 4 | 15/05/24 | Gafas so sega master | 1 | Nelson urresty |
| 5 | 15/05/24 | | | |
| 6 | 12/07/2024 | Guantes Anti Corte | 1 | Nelson urresty |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)**
**UNIFORMES TIPO INVIAS**

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 15/05/24 | 1 | M | 1 | M | | | Nelson urresty |
| 20/05/2024 | | | | | 1 | 39 | Nelson urresty |
| | | | | | | | |

**COMPROMISO**

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento al Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo Dotación) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CST Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA SAUCE.

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

FIRMA DE LEIDO Y COMPRENDIDO EL COMPROMISO:

Nelson Urresty

IDENTIFICACIÓN No: 15812457 DE: La Unión

**JUNTA DE ACCIÒN COMUNALDE LA VEREDA SAUCE – MUNICIPIO DE LA UNIÒN NARIÑO**
**NIT: 901031819-6**
**CONVENIO: 3121 - 2023**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**NOMBRE:** Juan Carlos Moreno Lopez **IDENTIFICACIÓN:** 15.817.516

**CARGO:** Auxiliar de obra

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS**

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7-06-2021 | Casco dialectrico Amarillo | 1 | |
| 2 | 7-06-2021 | Guantes de Carnaza | 1 | |
| 3 | 7-06-2021 | Tapabocas | 1 | |
| 4 | 18-07-2021 | Guantes Anti Corte | 1 | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)**
**UNIFORMES TIPO INVIAS**

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 7-06-2021 | 1 | L | 1 | 32 | 1 | 34 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**COMPROMISO**

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento al Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo Dotación) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CST Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en e Trabajo (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA SAUCE.

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

**FIRMA DE LEIDO Y COMPRENDIDO EL COMPROMISO:**

**IDENTIFICACIÓN No:** 15817516 **DE:** La Union N

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Fabian Gomez IDENTIFICACIÓN: 1089478458

CARGO: Auxiliar de Obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7-06-2024 | Gafa diabetrico Amarillo | 1 | Fabian Gomez |
| 2 | 7-06-2024 | Guantes de Carnaza | 1 | Fabian Gomez |
| 3 | 7-06-2024 | Lentes de Seguridad | 1 | Fabian Gomez |
| 4 | 18-07-2024 | Guantes Anti Corte | 1 | Fabian Gómez |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 7-06-2024 | 1 | L | 1 | 32 | 1 | 39 | Fabian Gomez |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EMPLEADOR:

Juan Carlos Marin

IDENTIFICACIÓN No: 15817516 DE: La Unión (Val)

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Snéider Ortega IDENTIFICACIÓN: 1004675311

CARGO: Asistente de Obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7-06-2024 | Casco dieléctrico Amarillo | 1 | Snéider ortega |
| 2 | 7-06-2024 | Guantes de carnaza Par | 1 | Snéider Ortega |
| 3 | 7-06-2024 | Lentes de Seguridad | 1 | snéider ortega |
| 4 | 18-07-2024 | Guantes Anti Corte | 1 | snéider ortega |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 7-06-2024 | 1 | L | 1 | 32 | 1 | 34 | snéider ortega |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EMPLEADOR:

Juan Carlos Mamo

IDENTIFICACIÓN No: 15817516 DE: La misma

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Alvaro Salazar IDENTIFICACIÓN: 15817366

CARGO: Asistente de Obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7-06-2021 | Casco dieléctrico Amarillo | 1 | Alvaro Salazar |
| 2 | 7-06-2021 | Guantes de carnaza para | 1 | Alvaro Salazar |
| 3 | 7-06-2021 | Lentes de Seguridad | 1 | Alvaro Salazar |
| 4 | 18-07-2021 | Guantes Anti Corte | 1 | Alvaro Salazar |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 7-06-2021 | 1 | L | 1 | 32 | 1 | 40 | Alvaro Salazar |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EMPLEADOR:

Juan Carlos Mamo

IDENTIFICACIÓN No: 15817516 DE: Bogotá DC

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

**NOMBRE:** Mauricio Romero **IDENTIFICACIÓN:** 1084222144

**CARGO:** Auxiliar de Obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7-06-2024 | Casco dieléctrico Amarillo | 1 | |
| 2 | 7-06-2024 | Guantes de carnaza Par | 1 | |
| 3 | 7-06-2024 | Gafas de Seguridad | 1 | |
| 4 | 18-07-2024 | Guantes Anti Corte | 1 | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 7-06-2024 | 1 | L | 1 | 32 | 1 | 38 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**EMPLEADOR:**

**IDENTIFICACIÓN No:** 15817516 **DE:**

**JUNTA DE ACCIÒN COMUNAL VEREDA SAUCE – LA UNIÒN NARIÑO**
**NIT: 901031819-6**

La Unión Nariño, julio 25 de 2024

Señor:
**JESÙS EVER VALDES**
Cago: Auxiliar de Obra
C.C. 15.813.917

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetados Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, nos permitimos informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en la vereda Sauce La Unión Nariño a los 25 días del mes julio de 2024.

JESÙS EVER VALDES

RAUL URBANO LUNA
Representante Legal Junta de Acción Comunal Vereda Sauce

**JUNTA DE ACCIÒN COMUNAL VEREDA SAUCE – LA UNIÒN NARIÑO**
**NIT: 901031819-6**

La Unión Nariño, julio 25 de 2024

Señor:
**NELSON URRESTY**
Cago: Auxiliar de Obra
C.C. 15.812.457

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetados Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, nos permitimos informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en la vereda Sauce La Unión Nariño a los 25 días del mes julio de 2024.

NELSON URRESTY

RAUL URBANO LUNA
Representante Legal Junta de Acción
Comunal Vereda Sauce

**JUNTA DE ACCIÒN COMUNAL VEREDA SAUCE – LA UNIÒN NARIÑO**
**NIT: 901031819-6**

La Unión Nariño, julio 26 de 2024

Señor:
**JUAN CARLOS MORENO**
Cago: Maestro de Obra
C.C. 15.817.516

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetados Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, nos permitimos informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en la vereda Sauce La Unión Nariño a los 26 días del mes julio de 2024.

JUAN CARLOS MORENO

RAUL URBANO LUNA
Representante Legal Junta de Acción
Comunal Vereda Sauce

**JUNTA DE ACCIÒN COMUNAL VEREDA SAUCE – LA UNIÒN NARIÑO**
**NIT: 901031819-6**

La Unión Nariño, julio 26 de 2024

Señor:
**LISSETTE VIVIANA DIAZ URBANO**
Cago: Residente de Obra
C.C. 1.032.497.441

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetados Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, nos permitimos informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en la vereda Sauce La Unión Nariño a los 31 días del mes julio de 2024.

LISSETTE VIVIANA DIAZ URBANO

RAUL URBANO LUNA
Representante Legal Junta de Acción
Comunal Vereda Sauce

**JUAN CARLOS MORENO**
**C.C.15.817.516**

La Unión Nariño, julio 26 de 2024

Señor:
**SANTIAGO ALEXANDER ESPAÑA MORENO**
Cago: Auxiliar de Obra
C.C. 1.004.675.595

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetados Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, me permito informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en la vereda Sauce La Unión Nariño a los 26 días del mes julio de 2024.

Santiago España

SANTIAGO ALEXANDER ESPAÑA

JUAN CARLOS MORENO CERON

**JUAN CARLOS MORENO**
**C.C.15.817.516**

La Unión Nariño, julio 26 de 2024

Señor:
**FABIAN RICARDO GOMEZ MARTINEZ**
Cago: Auxiliar de Obra
C.C. 1.089.478.458

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetados Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, me permito informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en la vereda Sauce La Unión Nariño a los 26 días del mes julio de 2024.

Fabian Gomez

FABIAN RICARDO GOMEZ MARTINEZ

JUAN CARLOS MORENO CERON

**JUAN CARLOS MORENO**
**C.C.15.817.516**

La Unión Nariño, julio 26 de 2024

Señor:
**JOSE ALVARO SOLARTE VELASCO**
Cago: Auxiliar de Obra
C.C. 15.812.366

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetados Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, me permito informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en la vereda Sauce La Unión Nariño a los 26 días del mes julio de 2024.

JOSE ALVARO SOLARTE VELASCO

JUAN CARLOS MORENO CERON

**JUAN CARLOS MORENO**
**C.C.15.817.516**

La Unión Nariño, julio 26 de 2024

Señor:
**JEREMY SNEIDER ORTEGA MORENO**
Cago: Auxiliar de Obra
C.C. 1.004.675.311

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetados Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, me permito informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en la vereda Sauce La Unión Nariño a los 26 días del mes julio de 2024.

JEREMY SNEIDER ORTEGA MORENO

JUAN CARLOS MORENO CERON

**JUAN CARLOS MORENO**
**C.C.15.817.516**

La Unión Nariño, julio 26 de 2024

Señor:
**MAURICIO HERNANDO PINTA ROMERO**
Cago: Auxiliar de Obra
C.C. 1.084.222.199

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetados Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, me permito informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en la vereda Sauce La Unión Nariño a los 26 días del mes julio de 2024.

MAURICIO HERNANO PINTA ROMERO

JUAN CARLOS MORENO CERON

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

# TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

## No. 42839

| No. DE REGISTRO | MARCA | LINEA | AÑO MODELO |
|---|---|---|---|
| M:061125 | JCB | 3CX14-4-T | 2011 |

| TIPO DE MAQUINARIA | CLASE | No. SERIE |
|---|---|---|
| CONSTRUCCION | RETROEXCAVADORA | JCB3CX4TT02000444 |

| COLOR(ES) | No. MOTOR | RODAJE |
|---|---|---|
| VERDE | 40347U1199410 | NEUMATICOS |

**PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS**

| PESO | ALTO | ANCHO | LARGO |
|---|---|---|---|
| 7003 Kg | 3530 mm | 2450 mm | 7190 mm |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| RIVERA LOPEZ DAVINSON | C.C. 1.089.485.649 |

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## LUIS FERNANDO CORDOBA ARTURO

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.089.478.551*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## BÁSICO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPO PESADO

*con una duración de 80 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Miranda, a los quince (15) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)*

Firmado Digitalmente por
EDIER ORLANDO BOLAÑOS HOYOS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDIER ORLANDO BOLAÑOS HOYOS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE TELEINFORMATICA Y PRODUCCIÓN INDUSTRIAL
REGIONAL CAUCA

**38470873 - 15/11/2016**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9221001269508CC1089478551C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA **DIAN**

**Declaración de Importación** | Privada | **500**

1. Año **2011**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario **882011000018326-2**

**Importador**

| 5. NIT | 6. DV | 11. Apellidos y nombres o Razón Social |
|---|---|---|
| 817000771 | 4 | QUIMICOS DEL CAUCA S .A. S. |

| 10. Dirección | 15. Teléfono | 12. Cód. Admón. | 16. Cód. Dpto | 17. Cód. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|---|
| VDA SAN NICOLAS | 925904070 | 88 | 19 | 142 |

**Declarante**

| 24. NIT | 25. DV | 26. Razón social del declarante autorizado | 27. Tipo usuario | 28. Cód. usuario |
|---|---|---|---|---|
| 800054478 | 4 | AGENCIA DE ADUANAS CORAL VISION LTDA. NIVEL 1 | 26 | 0088 |

| 29. Número documento de identificación | 30. Apellidos y nombres |
|---|---|
| 29141717 | VARELA VICTORIA CARMENZA . |

| 31. Clase importador | 32. Tipo declaración | 33. Cód. | 34. No. Formulario Anterior | 35. Año - Mes - Día | 36. Cód. Admón. | 37. Declaración de Exportación | 38. Año - Mes - Día | 39. Cód. Admón. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | Inicial | 1 | XXXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX | No. XXXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX |

| 40. Cód. lugar ingreso de las mercancías | 41. Cód. Depósito | 42. Manifiesto de carga | 43. Año - Mes - Día | 44. Documento de transporte | 45. Año - Mes - Día |
|---|---|---|---|---|---|
| CLO | 13903 | No. 296630 | 2011 - 03 - 14 | No. VE 014 91 121983 11 | 2011 - 03 - 04 |

| 46. Nombre exportador o proveedor en el exterior | 47. Ciudad | 48. Cód. País Exportador |
|---|---|---|
| QUIMICA VENOCO CA | GUACARA | 850 |

| 49. Dirección exportador o proveedor en el exterior | 50. E-mail |
|---|---|
| VIA ARAGUITA GUACARA EDIF ADM PISO 1 | 58 241 8804044 |

| 51. No. de factura | 52. Año - Mes - Día | 53. Cód. país procedencia | 54. Cód. Modo Transporte | 55. Código de Bandera | 56. Cód. Depto destino | 57. Empresa transportadora | 58. Tasa de cambio $ cts. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C2501 | 2011 - 03 - 03 | 850 | 3 | 169 | 76 | EDUARDO BOTERO SOTO Y CIA LTDA. | 1,871.07 |

| S | 59. Subpartida arancelaria | 60. Cód. Complementario | 61. Cód. Suplementario | 62. Cód. Modalidad | 63. No. cuotas o meses | 64. Valor cuota USD | 65. Periodicidad del pago de la cuota | 66. Cód. país de origen | 67. Cód. Acuerdo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| S | 3817001000 | XX | XX | C200 | XX | XXXX | XX | 850 | 001 |

| 68. Forma de pago de la importación | 69. Tipo de importación | 70. Cód. país compra | 71. Peso bruto kgs. dcms. | 72. Peso neto kgs. dcms. | 73. Código embalaje | 74. No. bultos | 75. Subpartidas | 76. Cód. unidad comercial | 77. Cantidad dcms. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 01 | 850 | 28,860.00 | 28,860.00 | PK | 1 | 1 | KG | 28,860.00 |

| | |
|---|---|
| 78. Valor FOB USD: 57,142.80 | 79. Valor fletes USD: 2,252.63 |
| 80. Valor Seguros USD: 57.14 | 81. Valor Otros Gastos USD: 0.00 |
| 82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD: 2,309.77 | 83. Ajuste valor USD: 0.00 |
| 84. Valor aduana USD: 59,452.57 | 85. Código registro o licencia: X |
| 86. Número: XXXXXXXXXX | |
| 87. Cód. oficina: 00 | 88. Año: XXXX |
| 89. Programa No.: XXXXXXXXXX | 90. Cód. Interno del Producto: 0 |

**Autoliquidación**

| Concepto | % | Base | Total Liquidado ($) | Total a pagar con esta declaración ($) | Total Liquidado (USD) |
|---|---|---|---|---|---|
| Arancel | 0.00 | 111,293,427 | 0 | 0 | 0 |
| I.V.A. | 16.00 | 111,293,427 | 17,807,000 | 17,807,000 | 0 |
| Salvaguardia | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Derechos Compensatorios | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Derechos Antidumping | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sanción | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Rescate | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | Total | 17,807,000 | | 0 |

91. Descripción de las mercancías

DO IC0271-11 ,Pedido ,Formato 1 de 1; Factura(s)...C2501 03/03/2011;MEZCLAS DE ALQUILBENCENOS Y MEZCLAS DE ALQUILNAFTALENOS, EXCEPTO LAS DE LAS PARTIDAS 27.07 Ó 29.02. -DODECILBENCENO/28860.00 Kilos REF= LAB240ES; NOMBRE TECNICO O GENERICO= DODECILBENCENO LINEAL (LAB), COMPOSICIÓN= ALQUILACION OLEFINAS CON BENCENO, ASPECTO FISICO= LIQUIDO(GRANEL), INCOLORO Y VISCOSO, OLOR CARACTERISTICO. USO DEL PODUCTO= MATERIA PRIMA PARA LA FABRICACIÓN DE DETERGENTES INDUSTRIALES, MATERIA PRIMA PARA LA FABRICACION DE TENSOACTIVOS ANIONICOS. NOMBRE TECNICO DE LOS COMPONENTES PRINCIPALES= DODECILBENCENO LINEAL, USO= NETAMENTE INDUSTRIAL. CERTIFICADO DE ORIGEN CON NUMERO 0446563 DEL 03 DE MARZO DE2011; XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

| | | |
|---|---|---|
| 127. Valor pagos anteriores: 0 | 128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXX | 129. Fecha: XXXX XX XX |
| 130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera. Estado de levante: Levante automático. No hay declaración posterior | 131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores | 132. No. Aceptación declaración 882011000018326. 133. Fecha: 2011 03 14 |
| 134. Levante No. 882011000016873 | 135. Fecha: 2011 - 03 - 14 | Firma funcionario responsable |
| 136. Nombre: CARMENZA VARELA VICTORIA | 137. C.C. No. C.C. 29.141.717 ANDALUCIA | |

Firma declarante

AGENCIA DE ADUANAS - NIVEL 1 CORAL VISION LTDA. Código 088

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $ **17,807,000**

996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo)

BOGOTA
Autoadhesivo 01484080648320
Fecha presentación 2011-03-14 16:23:00
Valor pagado $17,807,000

Fecha de Impresión: 2011-03-14 16:58:53

**20112590234114**



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028121700

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PLACA<br>LUB487 | MARCA<br>INTERNATIONAL | LÍNEA<br>4700 4X2 | | MODELO<br>1995 |
| CILINDRADA CC<br>4.700 | COLOR<br>VINO TINTO | | | SERVICIO<br>PARTICULAR |
| CLASE DE VEHÍCULO<br>VOLQUETA | TIPO CARROCERÍA<br>PLATON | | COMBUSTIBLE<br>DIESEL | CAPACIDAD Kg/PSJ<br>12000 |
| NÚMERO DE MOTOR<br>408GM2U0883964 | | REG<br>N | VIN<br>****** | |
| NÚMERO DE SERIE<br>1HTSCACR1SH609055 | | REG<br>S | NÚMERO DE CHASIS<br>SH609055 | REG<br>N |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

ORTIZ CERON SEGUNDO VICENTE

IDENTIFICACIÓN

C.C. 15814186

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 168727032

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA LA ESTRELLA

**NIT:** 901300440

**No. de Certificado de Acreditación:** 20-CDA-066

**Fecha de expedición:** 2023/09/30

**Fecha de vencimiento:** 2024/09/30

## DATOS VEHÍCULO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PLACA:** | LUB487 | **CLASE:** | VOLQUETA |
| **MARCA:** | INTERNATIONAL | **MODELO:** | 1995 |
| **SERVICIO:** | Particular | **COMBUSTIBLE:** | DIESEL |
| **CILINDRAJE:** | 4700 | **NRO. MOTOR:** | 408GM2U0883964 |
| **NRO. CHASIS:** | SH609055 | **VIN:** | |
| **LÍNEA:** | 4700 4X2 | | |
| **COLOR:** | VINO TINTO | | |

**NOMBRE PROPIETARIO:** SEGUNDO V. ORTIZ C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUIS EDUARDO LORA VILLARREAL

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | DÍA | | DESDE LAS 00 HORAS DEL | AÑO | MES | DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL | AÑO | MES | DÍA |
| 2024 | 02 | 01 | | | 2024 | 02 | 02 | | 2025 | 02 | 01 |

**ASEGURADORA**

sura

890.903.407 – 9

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 38270127 | LUB487 | VOLQUETA | PARTICULAR | 4700 | 1995 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | |

| LÍNEA VEHÍCULO | |
|---|---|
| 47004X2 | |

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON |
|---|---|---|---|
| 408GM2U0883964 | SH609055 | | 12000.0 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| SEGUNDO VICENTE ORTIZ CERON | 3116032506 | CEDULA | 15814186 | |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1318 | 248 | 4999 | | |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 320 | $ 919,000 | $ 477,800 | $ 2,100 |

**TOTAL A PAGAR** $ 1,398,900

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13[1] 701,68[2] | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 8,77 | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |

FIRMA AUTORIZADA




**Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:**

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

**En caso de accidente de tránsito:**

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:**
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

**Datos personales**
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la aseguradora, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos.

**Topes de cobertura gastos médicos**
**[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 926. Decreto 2644 de 2022.**
**[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).**



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 15816691

NOMBRE

DIEGO ARMANDO ORTIZ CERON

FECHA DE NACIMIENTO

28-02-1982

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

30-09-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

DPTO ADTVO TTOyTTE MCPAL PASTO



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 22-02-2023 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 30-09-2031 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 30-09-2024 | PUBLICO |

COSMOCOLOR LC-21

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07000546077



REPÙBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028001913

| | | | |
|---|---|---|---|
| | MARCA: INTERNATIONAL | LINEA: 4700 4X2 | MODELO: 1996 |
| | COLOR: VINO TINTO | | SERVICIO: PARTICULAR |
| | TIPO CARROCERIA: PLATON | COMBUSTIBLE: DIESEL | CAPACIDAD Kg/PSJ: 12000 |
| CLASE DE VEHICULO: VOLQUETA | | | |
| | | SOAT: N | |
| | | RTM: N | NUMERO DE CHASIS: 1N2A37J9 | RTM: N |
| NUMERO DE SERIE: 1N2A37J9 | | | |
| PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: VASQUEZ LOPEZ JOHN FREDY Y OTRO(SI) | | | IDENTIFICACIÓN: C.C. 1658597 |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 168916955

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA LA ESTRELLA

**NIT:** 901300440

**No. de Certificado de Acreditación:** 20-CDA-066

**Fecha de expedición:** 2023/10/09

**Fecha de vencimiento:** 2024/10/09

## DATOS VEHÍCULO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PLACA:** | OFJ726 | **CLASE:** | VOLQUETA |
| **MARCA:** | INTERNATIONAL | **MODELO:** | 1996 |
| **SERVICIO:** | Particular | **COMBUSTIBLE:** | DIESEL |
| **CILINDRAJE:** | 4700 | **NRO. MOTOR:** | 469TM2U0954406 |
| **NRO. CHASIS:** | TH243739 | **VIN:** | |
| **LÍNEA:** | 4700 4X2 | | |
| **COLOR:** | VINO TINTO | | |

**NOMBRE PROPIETARIO:** SEGUNDO V. ORTIZ C. y otro(s)

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

LUIS EDUARDO LORA VILLARREAL



SOAT

DEL ESTADO S.A

2023-06-27 | 2023-06-28 | 2024-06-27

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10564400092620 | OFJ726 | CARGA O MIXTO | PARTICULAR | 4700 | 1996 |

| | | |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | PLATON |
| | 4700 4X2 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 469TM2U0854406 | TH243739 | | 12.00 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| VASQUEZ LOPEZ, JOHN FREDY | 3216012583 | CC | 10593597 | FLORENCIA |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| T1329 | 42 | 4013 | 0 | MANIZALES |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 20 | $ 776000 | $ 403500 | $ 2100 |

1181600

| AMPAROS POR VICTIMAS | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS | 800 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |

AUTORIZADA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 10593597

NOMBRE

JOHN FREDY VASQUEZ LOPEZ

FECHA DE NACIMIENTO

02-10-1979

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

29-07-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

DPTO ADTVO TTOyTTE MCPAL PASTO



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 29-07-2032 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 29-07-2025 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0700939510

COSMOCOLOR LC 21



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015898217

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PLACA<br>TDM033 | MARCA<br>DINA | LÍNEA<br>SIN LINEA | | MODELO<br>1994 |
| CILINDRADA CC<br>7.400 | COLOR<br>BLANCO | | | SERVICIO<br>PÚBLICO |
| CLASE DE VEHÍCULO<br>VOLQUETA | TIPO CARROCERÍA<br>PLATON | COMBUSTIBLE<br>DIESEL | | CAPACIDAD Kg/PSJ<br>12000 |
| NÚMERO DE MOTOR<br>469GM2U0883639 | | REG<br>N | VIN<br>****** | |
| NÚMERO DE SERIE<br>SA4954000711 | | REG<br>N | NÚMERO DE CHASIS<br>SA4954000711 | REG<br>N |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

ORTIZ CERON SEGUNDO VICENTE Y OTRO(S)

IDENTIFICACIÓN

C.C. 15814186

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 168276926

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA LA ESTRELLA

**NIT:** 901300440

**No. de Certificado de Acreditación:** 20-CDA-066

**Fecha de expedición:** 2023/09/08

**Fecha de vencimiento:** 2024/09/08

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** TDM033

**CLASE:** VOLQUETA

**MARCA:** DINA

**MODELO:** 1994

**SERVICIO:** Público

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 7400

**NRO. MOTOR:** 469GM2U0883639

**NRO. CHASIS:** SA4954000711

**VIN:**

***LÍNEA:*** SIN LINEA

***COLOR:*** BLANCO

***NOMBRE PROPIETARIO:*** LUCAS ORTIZ C. y otro(s)

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

LUIS EDUARDO LORA VILLARREAL

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA DESDE | HASTA |
|---|---|---|
| 2023-08-10 | 2023-08-11 | 2024-08-10 |

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/CASTOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 10564400101660 | TDM033 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 7400 | 1994 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | DINA | PLATON |

LÍNEA VEHICULAR: LINEA DEL VEHICULO

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 469GM2U0883639 | SA4954000711 | | 12.00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| ORTIZ CERON, SEGUNDO VICENTE | 3116032506 | CC | 15814186 | MANIZALES |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | COD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1329 | 42 | 4013 | 0 | MANIZALES |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FONYAT | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 320 | $ 776000 | $ 403500 | $ 2100 |

TOTAL A PAGAR

$ 1181600

FIRMA AUTORIZADA

IMPUESTOS POR VICTIMA

| | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS | 263,13 [1] | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS | 701,68 [2] | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | 8.77 | |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | HASTA 180 750 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

•Este vence al momento en que ésta termine su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el costo por todos los gastos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

•El seguro resulta inútil, toda vez abierto por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas. Ningún prestador de servicios de salud les para ningún negocio a efectivo mientras se cobran las sumas garantizadas. (Art. 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

•Para los casos indicados, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

**Protección de datos personales:**

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** informa que sus datos personales serán tratados conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales, que se encontrará disponible a través de las páginas www.segurosdelestado.com/paginas/ProteccionDatos y www.segurosdevidadelestado.com/paginas/ProteccionDatos para su consulta.

Recuerde que, en calidad de titular de sus datos personales, puede ejercer sus derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir su información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de sus datos personales para efectos de los Tratamientos descritos, a través de la dirección de correo electrónico protecciondedatospersonales@segurosdelestado.com

Tenga presente los principales Tratamientos para los que serán tratados sus datos personales por cuenta de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** como un paso a prevenir de la salud y mercadeo como clientes, ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus clientes investigados, conocer y prevenir fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, determinar y liquidar pagos de siniestros así como mantener el contacto para dar seguimiento a peticiones, quejas y reclamos, enviar información relativa a encuestas financiera, encuestas de satisfacción, diseño de productos o servicios y comercializarlos comerciales de cualquier clase, relacionados con servicios financieros a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo ofertas de productos y servicios de Compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianza comercial, en los casos que corresponda, así usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de Encargados y/o Compañías Terceras y todas las demás finalidades que se indican en la política de protección de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Tipos de cobertura gastos médicos:
[1] Para las siguientes tarifas: 160, 118, 120, 148, 180,711, 712, 731, 732, 734, 752, 916, 910,930.
Decreto 2644 de 2012.
[2] Para las demás tarifas no citadas en [1].



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 15814186

NOMBRE

SEGUNDO VICENTE ORTIZ CERON

FECHA DE NACIMIENTO

05-07-1973

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

09-06-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

DPTO ADTVO TTOyTTE MCPAL PASTO



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 09-06-2032 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 09-06-2025 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0700084848O



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

Libertad y Orden

**No. 110508**

| No. DE REGISTRO | MARCA | LINEA | AÑO MODELO |
|---|---|---|---|
| MC049662 | CATERPILLAR | 120G | 1988 |

| TIPO DE MAQUINARIA | CLASE | No. SERIE |
|---|---|---|
| CONSTRUCCION | MOTONIVELADORA | 87V08381 |

| COLOR(ES) | No. MOTOR | RODAJE |
|---|---|---|
| AMARILLO | 87V08381 | NEUMATICOS |

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

| PESO | ALTO | ANCHO | LARGO |
|---|---|---|---|
| 11485 Kg | 3330 mm | 2410 mm | 7930 mm |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
CONTRERAS MEZA SEGUNDO MANUEL

IDENTIFICACIÓN
C.C. 70.122.570



LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

| FECHA REGISTRO | FECHA EXPEDICIÓN | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 04-11-2016 | 03-02-2023 | ****** |

| ORIGEN | DEC. IMPORTACIÓN | FECHA DE LEVANTE |
|---|---|---|
| IMPORTACIÓN | 62007100080802 | 30/03/2007 |

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM07000032902

VIVASALUD
Occupational Health

**Dra. Andrea Delgado Tovar**
NIT. 1061762839
*RM: 1061762839 - LICENCIA 2752*
Calle 10 N #11-31 B/ santa clara
Cel. 3042089463 - E-mail. vivasaludoh@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 2,880**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| **17** DÍA | **04** MES | **2024** AÑO | **POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)** Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO** |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| **JUNTA DE ACCION COMUNAL EL PELIGRO** | **LA UNION NARIÑO** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **Empresa en misión** |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| **AROCA GAVIRIA EDGAR ALVEIRO** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 41 AÑOS | CC | 15816461 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**INGENIERO RESIDENTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| **RESTRICCIONES LABORALES** | **TIPO** | **RECOMENDACIONES** |
|---|---|---|
| LUMBAR | TEMPORAL | - PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES EVITANDO LA MANIPULACIÓN DE CARGAS SUPERIORES CON AMBAS MANOS Y CERCA AL TRONCO. - SE SUGIERE EVITAR ACTIVIDADES COMO HALAR-EMPUJAR-TRACCIONAR. - - PERMITIR REALIZACIÓN DE TERAPIAS Y CITAS MÉDICAS. - - SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE 10 MINUTOS POR CADA 2 HORAS DE TRABAJO CONTINUO. |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |
|---|---|

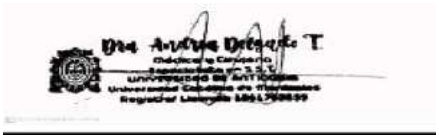
| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| VISITAR MÉDICO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| VALORACIÓN POR EPS : SEGUIMIENTO POR | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| NEURORICIRUGIA Y NUTRICION ESPECIALISTA | SVE OSTEOMUSCULAR | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## Médico

**Firma:**



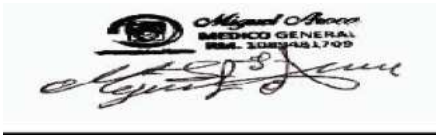
**Nombre:** DELGADO TOVAR TANIA ANDREA

**R. M.:** 1061762839 **L.S.O.:** 2752

**Código de Seguridad**
**U1203A1G2880**

## Aspirante o Trabajador

**Firma:**



**Nombre:** AROCA GAVIRIA EDGAR ALVEIRO

**CC:** 15816461

VIVASALUD
Occupational Health

**Dra. Andrea Delgado Tovar**
NIT. 1061762839
*RM: 1061762839 - LICENCIA 2752*
Calle 10 N #11-31 B/ santa clara
Cel. 3042089463 - E-mail. vivasaludoh@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° .256**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| **17** DÍA | **04** MES | **2024** AÑO | **POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)** Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO** |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| **JUNTA DE ACCION COMUNAL EL PELIGRO** | **LA UNION NARIÑO** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **Empresa en misión** |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| **VICTOR JESUS DAVILA** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 63 AÑOS | CC | 4.948.861 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**MAESTRO DE OBRA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| **RESTRICCIONES LABORALES** | **TIPO** | **RECOMENDACIONES** |
|---|---|---|
| LUMBAR | TEMPORAL | - PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES EVITANDO LA MANIPULACIÓN DE CARGAS SUPERIORES CON AMBAS MANOS Y CERCA AL TRONCO. - SE SUGIERE EVITAR ACTIVIDADES COMO HALAR-EMPUJAR-TRACCIONAR. - - PERMITIR REALIZACIÓN DE TERAPIAS Y CITAS MÉDICAS. - - SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE 10 MINUTOS POR CADA 2 HORAS DE TRABAJO CONTINUO. |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | - - - - - - - - - - - - - - - - - - - |
|---|---|

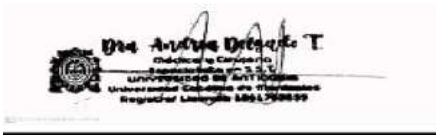
| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| VISITAR MÉDICO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| VALORACIÓN POR EPS : SEGUIMIENTO POR | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| NEURORICIRUGIA Y NUTRICION ESPECIALISTA | SVE OSTEOMUSCULAR | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## Médico

**Firma:**



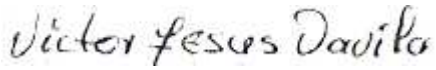
**Nombre:** DELGADO TOVAR TANIA ANDREA

**R. M.:** 1061762839 **L.S.O.:** 2752

**Código de Seguridad**
**U1203A1G2978**

## Aspirante o Trabajador

**Firma:**



**Nombre:** VICTOR JESUS DAVILA

**CC:** 4948861

| SALUD YSEGURIDAD EN EL TRABAJO | CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL | CODIGO: CONSST-01 | FECHA DE ELABORACION: 27 de abril de 2024 |
|---|---|---|---|
| | | VERSION: 00 | FECHA DE ACTUALIZACION: 27 de abril de 2024 |
| | | | HOJA: 1 DE: 1 |

## CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD FISICA PARA INGRESO LABORAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE EMISION: | 27 DE ABRIL 2024 | REALIZADO: | LA UNION |
| TIPO DE EVALIACION: | INGRESO | ENFASIS: | OSTEOMUSCULAR Y VISIOMETRIA |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | HECTOR VALENCIA LUNA | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 25/12/1973 | TELEFONO: | |
| IDENTIFICACION: | 15.814.401 | GENERO | MASCULINO |
| DIRECCION: | VEREDA EL PELIGRO | EMPRESA CONTRATANTE | JUNTA EL PELIGRO |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Acepto que los datos suministrados por mí en la elaboración de la historia clínica de la cual se deriva el presente certificado son absolutamente verídicos y que cualquier falsedad sobre esta información conllevará a las sanciones pertinentes. Manifiesto que no he omitido ni ocultado datos relevantes de mis antecedentes que pudieren enmascarar mi actual estado de salud. Certifico con mi firma que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa contratante solicitó y que autoricé a la Dra. NATALIA ORDOÑEZ HERRERA para que me los realizara, pues sé que estos son necesarios para preservar mi salud e integridad física en el cargo para el que aspiro. Además doy fe al firmar el presente certificado, que la profesional que me atendió cumplió con el protocolo que me fue presentado al ingresar a la consulta.

**EXÁMENES SOLICITADOS POR EL CONTRATANTE:**

EXAMEN FISICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y VISIOMETRIA

Luego de examinar y realizar las pruebas en el examen físico, se determinó que es APTO SIN RESTRICCIONES para el cargo de OFICIAL DE CONSTRUCCION.

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

| | |
|---|---|
| CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL | X |
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | X |
| PAUSAS ACTIVAS PARA COLUMNA Y EXTREMIDADES | X |
| IINGRESAR EN EL SV OSTEOMUSCULAR Y PSICOSOCIAL | X |

**RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO**

| | |
|---|---|
| CONTINUAR CONTROLES EN IPS POR ODONTOLOGIA CADA 6 MESES | X |
| ACUDIRA IPS PARA ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION | X |
| ACUDIR A IPS PARA VALORACION DE OBESIDAD Y ALTERACION EN LA REFRACCION | X |

**COMPROMISO ESTILO DE VIDA SALUDABLE**

| | |
|---|---|
| DIETA HIPOCALORICA E HIPOSODICA BALANCEADA | X |
| EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MIN 3 VECES POR SEMANA | X |
| BAJAR DE PESO | X |

**RESTRICIONES:** Ninguno

**MEDICO EXAMINADOR**

Natalia Ordoñez Herrera.

DRA. NATALIA ORDOÑEZ HERRERA

**Registro No: 52690 L.S.O: 959**

**FIRMA DEL EXAMINADO**

Hector Valencia L

Powered by CamScanner

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**
Celular: 3225032422 - 3124149172

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 21 ABRIL 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: SEGUNDO MACARIO MUÑOZ MENESES | | FECHA NACIMIENTO: 02-NOVIEMBRE-1960 |
| CEDULA: 15.811.494 | EDAD: 64 AÑOS | CARGO: AUXILIAR DE OBRA DE CONSTRUCCION |
| EPS: NUEVA EPS | ARL: | PESO: 60 Kg TALLA: 165 cm IMC: 22 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA EL PELIGRO | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ■ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ■ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | NO ADECUADO | ☐ | | |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/40 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| VALORACION POR OPTOMETRIA |
| SVE VISUAL |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
T.P. 3225032422

Segundo Muñoz

FIRMA DEL TRABAJADOR

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

# INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Fecha: 17/07/2024

Examen médico ocupacional: Ingreso

## 1. IDENTIFICACIÓN

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: CARLOS ALIRIO VILLAMUEZ LUNA |
| Número de identificación: 15.813.513 |
| Fecha de nacimiento: 27_01_1971 |
| Edad: 53 años Sexo: M X F ___ |
| Estado civil: S_C_X UL_ Sep._ V_ |
| Escolaridad: Primaria _ Media _X Técnica Universitario _ Postgrado _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

## 2. ANTECEDENTES

| |
|---|
| Familiares: NO REFIERE |
| Personales: NO REFIERE |
| Toxico alérgicos: NO REFIERE |
| Laborales: NIEGA |
| Ginecológicos: NO APLICA |

## 3. REVISIÓN POR SISTEMAS:

| |
|---|
| NO REFIERE |

## 4. EXAMEN FÍSICO:

| |
|---|
| Estado general: Buenas condiciones generales |
| Peso: 64 KG kg Talla: 1.56 Mt T.A: 120/70 mmHg FC: 80 X´ FR: 18 X´ T: Afebril |
| Piel y faneras: rosada, sin lesiones, mucosas húmedas, no ictericia |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| |
|---|
| Cabeza y cuello: ORL normal, no adenopatías |
| Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, tórax simétrico, expansible |
| Abdomen: blando, depresible, no dolor, no masas, no megalias, peristaltismo presente |
| Genitourinario: No explorado |
| Extremidades superiores: Tinel, Phalen, fikelstein negativos bilateralmente. Arcos de movilidad de hombro, codo, muñeca y manos completos bilateralmente |
| Extremidades inferiores: Movimientos y arcos de articulaciones conservados, estabilidad de rodillas conservadas, exploración rotuliana Y meniscal normal Bilateral |
| Columna: Normoconfigurada, Lasegue negativo, rangos de flexoextension, rotación, inclinación conservados |
| Vascular: pulsos +, perfusión < 2 segundos, no edemas, no varices |
| Neurológico: sin déficit, alerta, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT +++/+++++ |

5. **DIAGNÓSTICOS:**

6. **CONCEPTO DE APTITUD:**

Fecha: 17/07/2024 Examen médico ocupacional
para: Ingreso

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: CARLOS ALIRIO VILLAMUEZ LUNA |
| Número de identificación: 15.813.513 |
| Edad: 53 años Sexo: M X_ F _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

**EXÁMENES REALIZADOS:** medico pre ocupacional

**CONCEPTO DE APTITUD:**

| | |
|---|---|
| Apto | X |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| | |
|---|---|
| Apto con recomendaciones no disminuyen su capacidad laboral | |
| Requiere nueva valoración | |
| Con restricción para el cargo. | |

**OBSERVACIONES:** Se recomienda a la empresa: Realizar inducción al cargo y capacitación en ergonomía y salud ocupacional. Capacitar en normas de bioseguridad. Proporcionar al trabajador los elementos de protección personal, necesarios para su labor. Implementar pausas activas y cambios de posición durante la jornada laboral.

**RECOMENDACIONES:** Al trabajador: Seguir normas básicas de ergonomía y bioseguridad. Uso de elementos de protección personal según los riesgos de exposicion en el cargo. Realizar pausas activas por horario cada 2 horas y ejercicios de dorsiflexion plantar si bipedestación prolongada.
Realización de actividad física regular, mínimo 3 veces por semana. Uso de bloqueador solar. Levantamiento de peso maximo 50 kg. Evitar posturas en sedente o bipedo prolongadas.

**RESTRICCIONES:** Ninguna

**OBSERVACIONES:** Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas.

*" Certifico que no omití datos relevantes sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud y que toda la información expresada en este documento es verdadera"*

Carlos Alirio Villamuez Luna

Dra. Yully Arboleda C.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
R.M. 765250

Dra Yuli Arboleda Cifuentes
Esp. Medicina Laboral-Lic 1423298

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Fecha: 17/07/2024

Examen médico ocupacional: Ingreso

## 1. IDENTIFICACIÓN

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: CARLOS DORADO |
| Número de identificación: 98.196.240 |
| Fecha de nacimiento: 09_08_1970 |
| Edad: 53 años Sexo: M X F ___ |
| Estado civil: S_C_X UL_ Sep._ V_ |
| Escolaridad: Primaria _X Media _ Técnica Universitario _ Postgrado _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

## 2. ANTECEDENTES

| |
|---|
| Familiares: NO REFIERE |
| Personales: NO REFIERE |
| Toxico alérgicos: NO REFIERE |
| Laborales: NIEGA |
| Ginecológicos: NO APLICA |

## 3. REVISIÓN POR SISTEMAS:

| |
|---|
| NO REFIERE |

## 4. EXAMEN FÍSICO:

| |
|---|
| Estado general: Buenas condiciones generales |
| Peso: 68 KG kg Talla: 1.59 Mt T.A: 120/80 mmHg FC: 80 X´ FR: 18 X´ T: Afebril |
| Piel y faneras: rosada, sin lesiones, mucosas húmedas, no ictericia |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| |
|---|
| Cabeza y cuello: ORL normal, no adenopatías |
| Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, tórax simétrico, expansible |
| Abdomen: blando, depresible, no dolor, no masas, no megalias, peristaltismo presente |
| Genitourinario: No explorado |
| Extremidades superiores: Tinel, Phalen, fikelstein negativos bilateralmente. Arcos de movilidad de hombro, codo, muñeca y manos completos bilateralmente |
| Extremidades inferiores: Movimientos y arcos de articulaciones conservados, estabilidad de rodillas conservadas, exploración rotuliana Y meniscal normal Bilateral |
| Columna: Normoconfigurada, Lasegue negativo, rangos de flexoextension, rotación, inclinación conservados |
| Vascular: pulsos +, perfusión < 2 segundos, no edemas, no varices |
| Neurológico: sin déficit, alerta, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT +++/++++ |

5. **DIAGNÓSTICOS:**

6. **CONCEPTO DE APTITUD:**

Fecha: 17/07/2024 Examen médico ocupacional
para: Ingreso

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: CARLOS DORADO |
| Número de identificación: 98.196.240 |
| Edad: 53 años Sexo: M X_ F _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

**EXÁMENES REALIZADOS:** medico pre ocupacional

**CONCEPTO DE APTITUD:**

| | |
|---|---|
| Apto | x |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| | |
|---|---|
| Apto con recomendaciones no disminuyen su capacidad laboral | |
| Requiere nueva valoración | |
| Con restricción para el cargo. | |

**OBSERVACIONES:** Se recomienda a la empresa: Realizar inducción al cargo y capacitación en ergonomía y salud ocupacional. Capacitar en normas de bioseguridad. Proporcionar al trabajador los elementos de protección personal, necesarios para su labor. Implementar pausas activas y cambios de posición durante la jornada laboral.

**RECOMENDACIONES:** Al trabajador: Seguir normas básicas de ergonomía y bioseguridad. Uso de elementos de protección personal según los riesgos de exposición en el cargo. Realizar pausas activas por horario cada 2 horas y ejercicios de dorsiflexión plantar si bipedestación prolongada.
Realización de actividad física regular, mínimo 3 veces por semana. Uso de bloqueador solar. Levantamiento de peso máximo 50 kg. Evitar posturas en sedente o bípedo prolongadas.

**RESTRICCIONES:** Ninguna

**OBSERVACIONES:** Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas.

*" Certifico que no omití datos relevantes sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud y que toda la información expresada en este documento es verdadera"*

Carlos Dorado

Dra. Yully Arboleda C.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
R.M. 765250

Dra Yuli Arboleda Cifuentes
Esp. Medicina Laboral-Lic 1423298

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Fecha: 10/07/2024

Examen médico ocupacional: Ingreso

## 1. IDENTIFICACIÓN

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: DANIEL OSVALDO AROCA ORDOÑEZ |
| Número de identificación: 1.089.078.268 |
| Fecha de nacimiento: 15_05_1997 |
| Edad: 27 años Sexo: M X F ___ |
| Estado civil: S_XC_ UL_ Sep._ V_ |
| Escolaridad: Primaria _ Media _X Técnica Universitario _ Postgrado _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

## 2. ANTECEDENTES

| |
|---|
| Familiares: NO REFIERE |
| Personales: NO REFIERE |
| Toxico alérgicos: NO REFIERE |
| Laborales: NIEGA |
| Ginecológicos: NO APLICA |

## 3. REVISIÓN POR SISTEMAS:

| |
|---|
| NO REFIERE |

## 4. EXAMEN FÍSICO:

| |
|---|
| Estado general: Buenas condiciones generales |
| Peso: 78 KG kg Talla: 1.75 Mt T.A: 120/60 mmHg FC: 80 X´ FR: 18 X´ T: Afebril |
| Piel y faneras: rosada, sin lesiones, mucosas húmedas, no ictericia |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| |
|---|
| Cabeza y cuello: ORL normal, no adenopatías |
| Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, tórax simétrico, expansible |
| Abdomen: blando, depresible, no dolor, no masas, no megalias, peristaltismo presente |
| Genitourinario: No explorado |
| Extremidades superiores: Tinel, Phalen, fikelstein negativos bilateralmente. Arcos de movilidad de hombro, codo, muñeca y manos completos bilateralmente |
| Extremidades inferiores: Movimientos y arcos de articulaciones conservados, estabilidad de rodillas conservadas, exploración rotuliana Y meniscal normal Bilateral |
| Columna: Normoconfigurada, Lasegue negativo, rangos de flexoextension, rotación, inclinación conservados |
| Vascular: pulsos +, perfusión < 2 segundos, no edemas, no varices |
| Neurológico: sin déficit, alerta, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT +++/++++ |

5. **DIAGNÓSTICOS:**

6. **CONCEPTO DE APTITUD:**

Fecha: 10/07/2024 Examen médico ocupacional para: Ingreso

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: DANIEL OSVALDO AROCA ORDOÑEZ |
| Número de identificación: 1.089.078.268 |
| Edad: 27 años Sexo: M X_ F _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

**EXÁMENES REALIZADOS:** medico pre ocupacional

**CONCEPTO DE APTITUD:**

| | |
|---|---|
| Apto | x |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| | |
|---|---|
| Apto con recomendaciones no disminuyen su capacidad laboral | |
| Requiere nueva valoración | |
| Con restricción para el cargo. | |

**OBSERVACIONES:** Se recomienda a la empresa: Realizar inducción al cargo y capacitación en ergonomía y salud ocupacional. Capacitar en normas de bioseguridad. Proporcionar al trabajador los elementos de protección personal, necesarios para su labor. Implementar pausas activas y cambios de posición durante la jornada laboral.

**RECOMENDACIONES:** Al trabajador: Seguir normas básicas de ergonomía y bioseguridad. Uso de elementos de protección personal según los riesgos de exposicion en el cargo. Realizar pausas activas por horario cada 2 horas y ejercicios de dorsiflexion plantar si bipedestación prolongada.
Realización de actividad física regular, mínimo 3 veces por semana. Uso de bloqueador solar. Levantamiento de peso máximo 50 kg. Evitar posturas en sedente o bípedo prolongadas.

**RESTRICCIONES:** Ninguna

**OBSERVACIONES:** Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas.

*" Certifico que no omití datos relevantes sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud y que toda la información expresada en este documento es verdadera"*

Dra. Yully Arboleda C.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
R.M. 765250

Daniel Osvaldo Aroca Ordoñez

Dra Yuli Arboleda Cifuentes
Esp. Medicina Laboral-Lic 1423298

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Fecha: 17/07/2024

Examen médico ocupacional: Ingreso

## 1. IDENTIFICACIÓN

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: EDISON ARLEY BOLAÑOS DELGADO |
| Número de identificación: 1.004.743.349 |
| Fecha de nacimiento: 30_04_2001 |
| Edad: 23 años Sexo: M X F ___ |
| Estado civil: S_XC_ UL_ Sep._ V_ |
| Escolaridad: Primaria _ Media _X Técnica Universitario _ Postgrado _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

## 2. ANTECEDENTES

| |
|---|
| Familiares: NO REFIERE |
| Personales: NO REFIERE |
| Toxico alérgicos: NO REFIERE |
| Laborales: NIEGA |
| Ginecológicos: NO APLICA |

## 3. REVISIÓN POR SISTEMAS:

| |
|---|
| NO REFIERE |

## 4. EXAMEN FÍSICO:

| |
|---|
| Estado general: Buenas condiciones generales |
| Peso: 59 KG kg Talla: 1.54 Mt T.A: 120/80 mmHg FC: 80 X´ FR: 18 X´ T: Afebril |
| Piel y faneras: rosada, sin lesiones, mucosas húmedas, no ictericia |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| |
|---|
| Cabeza y cuello: ORL normal, no adenopatías |
| Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, tórax simétrico, expansible |
| Abdomen: blando, depresible, no dolor, no masas, no megalias, peristaltismo presente |
| Genitourinario: No explorado |
| Extremidades superiores: Tinel, Phalen, fikelstein negativos bilateralmente. Arcos de movilidad de hombro, codo, muñeca y manos completos bilateralmente |
| Extremidades inferiores: Movimientos y arcos de articulaciones conservados, estabilidad de rodillas conservadas, exploración rotuliana Y meniscal normal Bilateral |
| Columna: Normoconfigurada, Lasegue negativo, rangos de flexoextension, rotación, inclinación conservados |
| Vascular: pulsos +, perfusión < 2 segundos, no edemas, no varices |
| Neurológico: sin déficit, alerta, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT +++/+++++ |

5. **DIAGNÓSTICOS:**

6. **CONCEPTO DE APTITUD:**

Fecha: 17/07/2024 Examen médico ocupacional para: Ingreso

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: EDISON ARLEY BOLAÑOS DELGADO |
| Número de identificación: 1.004.743.349 |
| Edad: 23 años Sexo: M X_ F _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

**EXÁMENES REALIZADOS:** medico pre ocupacional

**CONCEPTO DE APTITUD:**

| | |
|---|---|
| Apto | x |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

*Dra yully Arboleda Cifuentes*
*Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo*
*Lic. 1423-298*

| | |
|---|---|
| Apto con recomendaciones no disminuyen su capacidad laboral | |
| Requiere nueva valoración | |
| Con restricción para el cargo. | |

**OBSERVACIONES:** Se recomienda a la empresa: Realizar inducción al cargo y capacitación en ergonomía y salud ocupacional. Capacitar en normas de bioseguridad. Proporcionar al trabajador los elementos de protección personal, necesarios para su labor. Implementar pausas activas y cambios de posición durante la jornada laboral.

**RECOMENDACIONES:** Al trabajador: Seguir normas básicas de ergonomía y bioseguridad. Uso de elementos de protección personal según los riesgos de exposición en el cargo. Realizar pausas activas por horario cada 2 horas y ejercicios de dorsiflexión plantar si bipedestación prolongada.
Realización de actividad física regular, mínimo 3 veces por semana. Uso de bloqueador solar. Levantamiento de peso máximo 50 kg. Evitar posturas en sedente o bípedo prolongadas.

**RESTRICCIONES:** Ninguna

**OBSERVACIONES:** Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas.

*" Certifico que no omití datos relevantes sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud y que toda la información expresada en este documento es verdadera"*

Edison Bolaños

Edison Arley Bolaños Delgado

Dra. Yully Arboleda C.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
R.M. 765250

Dra Yuli Arboleda Cifuentes
Esp. Medicina Laboral-Lic 1423298

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

*Dra yully Arboleda Cifuentes*
*Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo*
*Lic. 1423-298*

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Fecha: 10/07/2024

Examen médico ocupacional: Ingreso

## 1. IDENTIFICACIÓN

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: JESUS DAVID USUGA |
| Número de identificación: 79.856.679 |
| Fecha de nacimiento: 07_08_1972 |
| Edad: 51 años Sexo: M X F ___ |
| Estado civil: S_C_ UL_X Sep._ V_ |
| Escolaridad: Primaria_ Media _X Técnica _Universitario _ Postgrado _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

## 2. ANTECEDENTES

| |
|---|
| Familiares: NO REFIERE |
| Personales: NO REFIERE |
| Toxico alérgicos: NO REFIERE |
| Laborales: NIEGA |
| Ginecológicos: NO APLICA |

## 3. REVISIÓN POR SISTEMAS:

| |
|---|
| NO REFIERE |

## 4. EXAMEN FÍSICO:

| |
|---|
| Estado general: Buenas condiciones generales |
| Peso: 75 KG kg Talla: 1.70 Mt T.A: 120/80 mmHg FC: 80 X' FR: 18 X' T: Afebril |
| Piel y faneras: rosada, sin lesiones, mucosas húmedas, no ictericia |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

*Dra yully Arboleda Cifuentes*
*Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo*
*Lic. 1423-298*

| |
|---|
| Cabeza y cuello: ORL normal, no adenopatías |
| Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, tórax simétrico, expansible |
| Abdomen: blando, depresible, no dolor, no masas, no megalias, peristaltismo presente |
| Genitourinario: No explorado |
| Extremidades superiores: Tinel, Phalen, fikelstein negativos bilateralmente. Arcos de movilidad de hombro, codo, muñeca y manos completos bilateralmente |
| Extremidades inferiores: Movimientos y arcos de articulaciones conservados, estabilidad de rodillas conservadas, exploración rotuliana Y meniscal normal Bilateral |
| Columna: Normoconfigurada, Lasegue negativo, rangos de flexoextension, rotación, inclinación conservados |
| Vascular: pulsos +/, perfusión < 2 segundos, no edemas, no varices |
| Neurológico: sin déficit, alerta, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT +++/+++++ |

5. **DIAGNÓSTICOS:**

6. **CONCEPTO DE APTITUD:**

Fecha: 10/07/2024 Examen médico ocupacional
para: Ingreso

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: JESÙS DAVID USUGA |
| Número de identificación: 79.856.679 |
| Edad: 51 años Sexo: M X_ F _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

**EXÁMENES REALIZADOS:** medico pre ocupacional

**CONCEPTO DE APTITUD:**

| | |
|---|---|
| Apto | x |

*Teléfonos: 3128608885-3206190368*
*yudap_s@hotmail.com*
*Carrera 33 N°34-54*
*Tuluá Valle*

*Dra yully Arboleda Cifuentes*
*Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo*
*Lic. 1423-298*

| | |
|---|---|
| Apto con recomendaciones no disminuyen su capacidad laboral | |
| Requiere nueva valoración | |
| Con restricción para el cargo. | |

**OBSERVACIONES:** Se recomienda a la empresa: Realizar inducción al cargo y capacitación en ergonomía y salud ocupacional. Capacitar en normas de bioseguridad. Proporcionar al trabajador los elementos de protección personal, necesarios para su labor. Implementar pausas activas y cambios de posición durante la jornada laboral.

**RECOMENDACIONES:** Al trabajador: Seguir normas básicas de ergonomía y bioseguridad. Uso de elementos de protección personal según los riesgos de exposicion en el cargo. Realizar pausas activas por horario cada 2 horas y ejercicios de dorsiflexion plantar si bipedestación prolongada.
Realización de actividad física regular, mínimo 3 veces por semana. Uso de bloqueador solar. Levantamiento de peso maximo 50 kg. Evitar posturas en sedente o bipedo prolongadas. Uso de medias de descanso. Uso de corrección visual permanente. Control periodico por optometria en eps.

**RESTRICCIONES:** Ninguna

**OBSERVACIONES:** Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas.

*" Certifico que no omití datos relevantes sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud y que toda la información expresada en este documento es verdadera"*

Jesùs David Usuga

Dra. Yully Arboleda C.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
R.M. 765250
Dra Yuli Arboleda Cifuentes
Esp. Medicina Laboral-Lic 1423298

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Fecha: 10/07/2024

Examen médico ocupacional: Ingreso

## 1. IDENTIFICACIÓN

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: ROBERTO MUÑOZ MUÑOZ |
| Número de identificación: 1.089.483.789 |
| Fecha de nacimiento: 25_09_1991 |
| Edad: 32 años Sexo: M X F ___ |
| Estado civil: S_C_ UL_X Sep._ V_ |
| Escolaridad: Primaria _ Media _X Técnica Universitario _ Postgrado _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

## 2. ANTECEDENTES

| |
|---|
| Familiares: NO REFIERE |
| Personales: NO REFIERE |
| Toxico alérgicos: NO REFIERE |
| Laborales: NIEGA |
| Ginecológicos: NO APLICA |

## 3. REVISIÓN POR SISTEMAS:

| |
|---|
| NO REFIERE |

## 4. EXAMEN FÍSICO:

| |
|---|
| Estado general: Buenas condiciones generales |
| Peso: 66 KG kg Talla: 1.68 Mt T.A: 120/80 mmHg FC: 80 X´ FR: 18 X´ T: Afebril |
| Piel y faneras: rosada, sin lesiones, mucosas húmedas, no ictericia |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| |
|---|
| Cabeza y cuello: ORL normal, no adenopatías |
| Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, tórax simétrico, expansible |
| Abdomen: blando, depresible, no dolor, no masas, no megalias, peristaltismo presente |
| Genitourinario: No explorado |
| Extremidades superiores: Tinel, Phalen, fikelstein negativos bilateralmente. Arcos de movilidad de hombro, codo, muñeca y manos completos bilateralmente |
| Extremidades inferiores: Movimientos y arcos de articulaciones conservados, estabilidad de rodillas conservadas, exploración rotuliana Y meniscal normal Bilateral |
| Columna: Normoconfigurada, Lasegue negativo, rangos de flexoextension, rotación, inclinación conservados |
| Vascular: pulsos +, perfusión < 2 segundos, no edemas, no varices |
| Neurológico: sin déficit, alerta, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT +++/++++ |

5. **DIAGNÓSTICOS:**

6. **CONCEPTO DE APTITUD:**

Fecha: 10/07/2024 Examen médico ocupacional para: Ingreso

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: ROBERTO MUÑOZ MUÑOZ |
| Número de identificación: 1.089.483.789 |
| Edad: 32 años Sexo: M X_ F _ |
| Cargo: AUXILIAR DE OBRA VEREDA EL PELIGRO |

**EXÁMENES REALIZADOS:** medico pre ocupacional

**CONCEPTO DE APTITUD:**

| | |
|---|---|
| Apto | x |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| | |
|---|---|
| Apto con recomendaciones no disminuyen su capacidad laboral | |
| Requiere nueva valoración | |
| Con restricción para el cargo. | |

**OBSERVACIONES:** Se recomienda a la empresa: Realizar inducción al cargo y capacitación en ergonomía y salud ocupacional. Capacitar en normas de bioseguridad. Proporcionar al trabajador los elementos de protección personal, necesarios para su labor. Implementar pausas activas y cambios de posición durante la jornada laboral.

**RECOMENDACIONES:** Al trabajador: Seguir normas básicas de ergonomía y bioseguridad. Uso de elementos de protección personal según los riesgos de exposición en el cargo. Realizar pausas activas por horario cada 2 horas y ejercicios de dorsiflexión plantar si bipedestación prolongada.
Realización de actividad física regular, mínimo 3 veces por semana. Uso de bloqueador solar. Levantamiento de peso máximo 50 kg. Evitar posturas en sedente o bípedo prolongadas.

**RESTRICCIONES:** Ninguna

**OBSERVACIONES:** Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas.

*" Certifico que no omití datos relevantes sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud y que toda la información expresada en este documento es verdadera"*

Roberto Muñoz Muñoz

Dra. Yully Arboleda C.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
R.M. 765250

Roberto Muñoz Muñoz
Dra Yuli Arboleda Cifuentes
Esp. Medicina Laboral-Lic 1423298

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 15.816.461
AROCA GAVIRIA
APELLIDOS
EDGAR ALVEIRO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1982
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
02-OCT-2000 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2307900-00285473-M-0015816461-20110325
00262852O4A 1
27209929

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.948.861**

**DAVILA**

APELLIDOS

**VICTOR JESUS**

NOMBRES

Victor Jesus Davila

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-OCT-1962**

**LA UNION**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

**14-DIC-1981 TIMANA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2307900-00193105-M-0004948861-20091101 **00176**46543A 1 5020088816



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.743.349

BOLAÑOS DELGADO
APELLIDOS

EDISON ARLEY
NOMBRES

Edison Bolaños
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-2001
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-JUL-2019 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2307900-01107685-M-1004743349-20191101 0068689502A 1 53512588

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.811.494**

**MUÑOZ MENESES**

APELLIDOS

**SEGUNDO MACARIO**

NOMBRES

Segundo Macario

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1960**

**LA UNION**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62** ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

**14-ENE-1981 LA UNION**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-10700-00159537 M-0015011494-20090618 0012617178A 1 - 32626093


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Apellidos
DORADO
NUIP 98.196.240
Nombres
CARLOS
Nacionalidad
COL
Estatura
1.59
Sexo
M
09 AGO 19
SAN LORE (NARIÑO)
02 OCT 1997. SAN LORENZO
Fecha de expiración
11 MAR 2034
Carlos Dorado


0405389651
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL0405389650231214<<<<<<<<<<
7608092M3403118COL98196240<<<<4
DORADO<<CARLOS<<<<<<<<<<<<<<<<


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 15.813.513
VILLAMUEZ LUNA
APELLIDOS
CARLOS ALIRIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1971
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
31-AGO-1989 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2307900-00168345-M-0015813513-20090811
0014801934A 1
32628076



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.089.483.789

MUÑOZ MUÑOZ
APELLIDOS

ROBERTO
NOMBRES

Roberto Muñoz
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1991
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-DIC-2010 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2307900-00285473-M-1089483789-20110325 0026286676A 2 27209903


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.089.078.268
AROCA ORDOÑEZ
DANIEL OSVALDO
Daniel Aroca O.


FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1997
SAN PEDRO DE CARTAGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
03-JUN-2015 SAN PEDRO DE CARTAGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0046871053A 2
43304086

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.814.401**

**VALENCIA LUNA**

APELLIDOS

**HECTOR**

NOMBRES

Hector Valencia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-DIC-1973**

**LA UNION**
**(NARIÑO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**M** SEXO

**31-MAR-1993 LA UNION**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2307900-00169454-M-0015814401-20090814 **0014**951357A 1 32598799

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
USUGA

NUIP 79.856.679

Nombres
JESUS DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
07 AGO 1972

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
18 SEPT 1992, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
03 AGO 2033

CO

029494910

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL029494910015001<<<<<<<<<<
7208078M3308039COL79856679<<<8
USUGA<<JESUS<DAVID<<<<<<<<<<<<

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **EDGAR ALVEIRO AROCA GAVIRIA** identificado con **CC** No. **15816461**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA EL PELIGRO - N. 901124176 | **Fecha de inicio de cobertura:** 20/05/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 22/04/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 21/06/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015334239.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **SEGUNDO MACARIO MUÑOZ MENESES** identificado con **CC** No. **15811494**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA EL PELIGRO - N. 901124176 | **Fecha de inicio de cobertura :** 09/05/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015333979.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **HECTOR VALENCIA LUNA** identificado con **CC** No. **15814401**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA EL PELIGRO - N. 901124176 | **Fecha de inicio de cobertura:** 26/05/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 14/05/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 30/06/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015371377.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 25 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Medellín, 03 de August de 2024

**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 VECTRA CONSULTORES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0005712201 RIESGO 5 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1089078268 | AROCA ORDOÑEZ DANIEL OSVALDO | 04/08/2024 | | L1241442 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/08/2024 09:47:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.133.74.8, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de August de 2024

**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 VECTRA CONSULTORES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0005712201 RIESGO 5 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1004743349 | BOLAÑOS DELGADO EDISON ARLEY | 04/08/2024 | | B2202452 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/08/2024 10:03:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.133.74.8, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de August de 2024

**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 VECTRA CONSULTORES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0005712201 RIESGO 5 | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96 % | | |
| C98196240 | DORADO CARLOS | 04/08/2024 | | I2191255 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/08/2024 09:51:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.133.74.8, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de August de 2024

**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 VECTRA CONSULTORES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0005712201 RIESGO 5 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C15813513 | VILLAMUEZ LUNA CARLOS ALIRIO | 04/08/2024 | | 15118614 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/08/2024 09:58:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.133.74.8, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de August de 2024

**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 VECTRA CONSULTORES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0005712201 RIESGO 5 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1089483789 | MUÑOZ MUÑOZ ROBERTO | 04/08/2024 | | 21223112 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/08/2024 09:55:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.133.74.8, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 03 de Agosto de 2024

**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 VECTRA CONSULTORES SAS, en el centro de trabajo 0005712201 - RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C79856679 | USUGA JESUS DAVID | 04/08/2024 | | 20522024 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C944573392421634965

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 03/08/2024 09:42:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.133.74.8, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 16 de June de 2024

**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 VECTRA CONSULTORES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0005712201 RIESGO 5 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C4948861 | DAVILA VICTOR JESUS | 17/06/2024 | | t4594218 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/06/2024 18:00:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.42.212, 192.230.104.12, 172.16.42.57

**CERTIFICA QUE**

El(La) Señor(a) **SEGUNDO MACARIO MUÑOZ MENESES;** identificado(a) con **CC** número **15811494**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de activación de servicios: **04/05/2024**

Estado de la Afiliación: **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **01** días del mes **06** del año **2024**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

**Cordialmente,**



Gerencia de Afiliaciones

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**SEGUNDO MACARIO MUÑOZ MENESES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.811.494**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**VICTOR JESUS DAVILA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.948.861**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDGAR ALVEIRO AROCA GAVIRIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **15816461,** se encuentra afiliado/a desde **10/09/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de mayo de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**HECTOR VALENCIA LUNA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.814.401**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

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.*

**San Juan de Pasto, 07 de Junio del 2024**

**Señor(a):**
**LILIANA VALENCIA**
**JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO**
**VDA -EL PELIGRO CORRG DE LA CALDERA**
**-**
**LA UNION (NARINO)**

*Apreciado (a) señor (a),*

*En nombre del Director Administrativo de la Caja de Compensación Familiar de Nariño - COMFAMILIAR DE NARIÑO, quien le presenta un cordial saludo de bienvenida, le es grato comunicarle que su solicitud de afiliación ha sido atendida y aprobada mediante la Resolucion M1699.*

*En virtud de lo anterior, y de conformidad al Decreto Nº. 923 del 31 de mayo 2017, lo invitamos a realizar el pago de sus aportes de manera oportuna, en las fechas señaladas.*

*LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO - COMFAMILIAR DE NARIÑO, recuerda que es su deber realizar afiliación de sus trabajadores para efectos de que los mismos, puedan disfrutar de los diferentes servicios que brinda La Corporación, como es el pago de la cuota monetaria, subsidios en servicios y en especie, entre otros, para ello es necesario realizar el pago oportuno de los aportes a cargo del empleador a partir de la fecha de afiliación de la empresa.*

*Nuestra Empresa cuenta con el operador de información Asopagos S.A., si requiere asesoría en cuanto al manejo de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, PILA y sus novedades, puede contactarlos a través de los siguientes canales de comunicación: servicioalcliente@asopagos.com o a los teléfonos en Bogotá 487-5111 / 487-7850, al celular 3108962312 Especialista en Seguridad Social, o a la línea gratuita nacional 018000121260.*

*Atentamente,*

**JORGE E. MORIANO ORTIZ**
Coordinador de Aportes y Fiscalización
**COMFAMILIAR DE NARIÑO**

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO**

**FECHA:** 18 - 06 - 2024 **CONVENIO:** 3119-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Maestro de Obra

Yo, Victor Jesus Davila identificado con cedula de ciudadanía número 4918861 de Timana (Huila), hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Victor Jesus Daniels

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

**FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO – MUNICIPIO DE LA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 18-07-2024 **CONVENIO:** 3119-2023

**INDUCCIÓN:** [X] **REINDUCCIÓN:** [ ]

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Daniel Arcca Ordoñes **identificado con cedula de ciudadanía número** 1089078268 **de** San Pedro de Cartago(N) **hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de las distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO – MUNICIPIO DE LA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 12-07-2024 **CONVENIO:** 3119-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Ayuda de Obra

Yo, Hector Valencia identificado con cedula de ciudadanía número 15814401 de La Union, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Hector Valencia

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO**

**FECHA:** 18-07-2024 **CONVENIO:** 3119-2023

**INDUCCIÓN:** [X] **REINDUCCIÓN:** [ ]

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Roberto Muñoz Muñoz **identificado con cedula de ciudadanía número** 1089483789 **de** La Unión**, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Roberto Muñoz

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

**FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO – MUNICIPIO DE LA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 18-07-2024 **CONVENIO:** 3119-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** _____

**Yo,** Segundo Macario Muñoz **identificado con cedula de ciudadanía número** 15-811-494 **de** C de la Unión **, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Segundo M Muñoz

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

**FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO – MUNICIPIO DE LA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 23-07-2024 **CONVENIO:** 3119-2023

**INDUCCIÓN:** [X] **REINDUCCIÓN:** [ ]

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Jesus David Usuga **identificado con cedula de ciudadanía número** 74856674 **de** Bogotá DC, **hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de las distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

**FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO – MUNICIPIO DE LA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 23/07/2024 **CONVENIO: 3119-2023**

**INDUCCIÓN:** [X] **REINDUCCIÓN:** [ ]

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Edison Bolaños **identificado con cedula de ciudadanía número** 1004763324 **de** La Union Nariño **, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de las distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Edison Bolaños.

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO – MUNICIPIO DE LA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 26-07/2023 **CONVENIO:** 3119-2023

**INDUCCIÓN:** [X] **REINDUCCIÓN:** [ ]

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Carlos Dorado **identificado con cedula de ciudadanía número** 98196210 **de** San Lorenzo (N), **hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de las distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Carlos Dorado

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO – MUNICIPIO DE LA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 26-07-2021 **CONVENIO:** 3119-2023

**INDUCCIÓN:** [X] **REINDUCCIÓN:** [ ]

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obras

**Yo,** Carla Alina Villamoez **identificado con cedula de ciudadanía número** 1581351 3 **de** La Unión (N) **, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de las distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Victor Jesus Davila

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 4442 861 Timana Huila

CARGO Maestro de obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Accion Comunal Vereda El Pobre

FECHA 12-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Edgar Alvaro Alvarez

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Hector Valencia

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 15811401

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Acción Comunal Vereda El pelayo

FECHA 18-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA SI

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Edgar Alvira Arroca

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Segundo Macario Muñoz

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 15-811-494

CARGO Auxiliar de Obra

INDUCCIÓN _____ REINDUCCIÓN X

OAC Junta de Acción Comunal Vereda El peligro

FECHA 18-07-2022 EVALUACIÓN SATISFACTORIA SI

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Edgar Alvaro Avoca

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Rebeyao Muñoz Muñoz

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1089 483 789

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN _____

OAC Junta de Accion Comunal Vereda El peligro

FECHA 18-07-2024 EVALUACIÓN SATISFACTORIA SI

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Edgar Alvarez Aveca

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Daniel Alvaro Arboleda

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1089078268

CARGO Auxiliar de Obra

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN _____

OAC Junta de Acción Comunal Vereda El Peligro

FECHA 18-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Edgar Alvaro Arboleda

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (F)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Edison Bolaños.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1004743349.

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN

OAC Junta de Acción comunal vereda El Peligro

FECHA 23/07/2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Edgar Alveiro Arroc

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Jairo Daniel Vargas

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.985679

CARGO Auxiliar de Obra.

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN _____

OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda El Pelao

FECHA 23/07/2024 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Edgar Alvarez Araca

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Carlos Borgdo

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 98,196,240

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN _____

OAC Junta de Acción Comunal de la vereda El Peligro

FECHA 26-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Edgar Alvaro Aroca

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Carlos Alirio Villamizar

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 15803513

CARGO Auxiliar de obra

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN _____

OAC Junta de Acción Comunal de la Vereda El Peligro

FECHA 26-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Edgar Alveiro Aroca

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Daniel Arroca IDENTIFICACIÓN: 1088078276

CARGO: Auxiliar de Obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 18-07-2024 | Guantes Anti Corte | 1 | Daniel Arroca |
| 2 | 19-07-2024 | Casco dieléctrico Amarillo | 1 | Daniel Arroca |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 19-07-2024 | 1 | L | 1 | 32 | 1 | 40 | Daniel Arroca |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EMPLEADOR:

Luis José Castañeda

IDENTIFICACIÓN No: 14498861 DE: Tunja Boyacá

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Roberto Muñoz IDENTIFICACIÓN: 1094183794

CARGO: Auxiliar de Obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 18-07-2021 | Guantes Anti Corte | 1 | Roberto Muñoz |
| 2 | 19-07-2021 | Casco dieléctrico Amarillo | 1 | Roberto Muñoz |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 19/07/2021 | 1 | L | 1 | 32 | 1 | 39 | Roberto Muñoz |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EMPLEADOR:

Victor Jesus Daniles

IDENTIFICACIÓN No: 4944861 DE: Tumaco Nariño

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Edison Bolaños IDENTIFICACIÓN: 1004763344

CARGO: Auxiliar de obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 23/07/2021 | Guantes Anti Corte | 1 | Edison Bolaños |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 26/07/2021 | | | | | 1 | 39 | Edison Bolaños |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EMPLEADOR:

Victor Jesus Oviedo

IDENTIFICACIÓN No: 1191896 DE: Arauca

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Jesus David Usuga IDENTIFICACIÓN: 79856679

CARGO: Asistente de Obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 23/07/2021 | Guantes Anti Corte | 1 | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 26/07/2021 | | | | | 1 | 40 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EMPLEADOR:

Victor Jesus Quintero

IDENTIFICACIÓN No: 4412861 DE: Timana Huila

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Carlos Dorado IDENTIFICACIÓN: 98196211c

CARGO: Auxiliar de obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 26/07/2021 | Guantes Anticorte | 1 | Carlos Dorado |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 26/07/2021 | | | | | 1 | 39 | Carlos Dorado |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EMPLEADOR:

Fredy Jesus Daniels

IDENTIFICACIÓN No: 4948861 DE: Firma Usuario

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Carlos Alirio Villamizar IDENTIFICACIÓN: 19.813513

CARGO: Asesiar de obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 26/07/2021 | Guantes Arte Corte | 1 | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 26/07/2021 | | | | | 1 | 38 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

EMPLEADOR:

Victor Jesus Duarte

IDENTIFICACIÓN No: 4148861 DE: Tunuma Huila

**JUNTA DE ACCIÒN COMUNALDE LA VEREDA EL PELIGRO – MUNICIPIO DE LA UNIÒN NARIÑO**
**NIT: 901124176-9**
**CONVENIO: 3119 - 2023**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**NOMBRE:** Segundo Mariano Muñoz Moreno **IDENTIFICACIÓN:** 15.811.494

**CARGO:** Ayudante de Obra

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS**

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 17-05-2021 | Casco dieléctrico Amarillo | 1 | Segundo Muñoz |
| 2 | 17-05-2021 | Guantes de Carnaza | 1 | Segundo Muñoz |
| 3 | 28-05-2021 | Lentes de Seguridad | 1 | Segundo Muñoz |
| 4 | 28-05-2021 | Guantes de Carnaza | 1 | Segundo Muñoz |
| 5 | 10-06-2021 | Guantes Anti Corte | 1 | Segundo Muñoz |
| 6 | 20-06-2021 | Tapa oidos | 1 | Segundo Muñoz |
| 7 | 25-06-2021 | Guantes de Carnaza | 1 | Segundo Muñoz |
| 8 | 19-07-2021 | Guantes Anti Corte | 1 | Segundo Muñoz |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)**
**UNIFORMES TIPO INVIAS**

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 17/05/2021 | 1 | L | 1 | 34 | | | Segundo Muñoz |
| 20/05/2021 | | | | | 1 | 41 | Segundo Muñoz |
| | | | | | | | |

**COMPROMISO**

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento al Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo Dotación) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CST Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO.

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

**FIRMA DE LEIDO Y COMPRENDIDO EL COMPROMISO:**

Segundo Muñoz

**IDENTIFICACIÓN No:** 15-811-494 **DE:** de la Union Nariño

# FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

## DATOS DEL TRABAJADOR

**NOMBRE:** Hector Valencia **IDENTIFICACIÓN:** 15.814.101

**CARGO:** Ayudante de obra

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 22-05-2024 | Casco dieléctrico Amarillo | 1 | Hector Valencia |
| 2 | 22-05-2024 | Guantes de Carnaza (par) | 1 | Hector Valencia |
| 3 | 28-05-2024 | Gafas protectoras | 1 | Hector Valencia |
| 4 | 10-06-2024 | Guantes Anti Corte | 1 | Hector Valencia |
| 5 | 20-06-2024 | Tapa oidos | 1 | Hector Valencia |
| 6 | 25-06-2024 | Guantes de Carnaza | 1 | Hector Valencia |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)

### UNIFORMES TIPO INVIAS

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 22-05-2024 | 1 | L | 1 | 30 | 1 | 38 | Hector Valencia |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**EMPLEADOR:**

Victor Jesús Durán

**IDENTIFICACIÓN No:** 4 948 861 Timana Huila **DE:**

**JUNTA DE ACCIÒN COMUNALDE LA VEREDA EL PELIGRO – MUNICIPIO DE LA UNIÒN NARIÑO**
**NIT: 901124176-9**
**CONVENIO: 3119 - 2023**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**NOMBRE:** Victor Jesús Daraba **IDENTIFICACIÓN:** 4948861

**CARGO:** Maestro de Obra

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS**

| | FECHA | EPP ENTREGADOS | CANTIDAD | FIRMA RECIBIDO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 17/05/2022 | Casco dialectrico Amarillo | 1 | Victor Jesús Daraba |
| 2 | 17/05/2022 | Par guantes de Carnaza | 1 | Victor Jesus Daraba |
| 3 | 28/05/2022 | Lentes de seguridad | 1 | Victor Jesus Daraba |
| 4 | 10/06/2022 | Guantes de Nitrilo Corto | 1 | Victor Jesus Daraba |
| 5 | 20/06/2022 | Tapa oidos | 1 | Victor Jesus Daraba |
| 6 | 25/06/2022 | Guantes de Carnaza | 1 | Victor Jesus Daraba |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**ENTREGA DE DOTACIÓN - (Ropa de Trabajo)**
**UNIFORMES TIPO INVIAS**

| FECHA | CAMISA | | PANTALON | | ZAPATOS | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | CANTIDAD | TALLA | |
| 17/05/2022 | 1 | | 1 | | | | Victor Jesus Daraba |
| 20/05/2022 | | | | | 1 | 39 | Victor Jesus Daraba |
| | | | | | | | |

**COMPROMISO**

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento al Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo Dotación) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CST Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de JUNTA DE ACCIÒN COMUNAL DE LA VEREDA EL PELIGRO.

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

**FIRMA DE LEIDO Y COMPRENDIDO EL COMPROMISO:**

Victor Jesús Daraba

**IDENTIFICACIÓN No:** 4948861 **DE:** Timana Huila

JUNTA DE ACCIÒN COMUNAL VEREDA EL PELIGRO
NIT: 901124176-9

La Uniòn (N), Julio 12 de 2024

Señor:
CARLOS MAURICIO LOPEZ VILLAMUEZ
Cago: Auxiliar de obra
C.C. 1.089.485.200

**ASUNTO: NOTIFICACION EXAMEN MEDICO DE RETIRO**

Respetado Señor:

Por motivos de la terminación del vínculo laboral y de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2346 de 2007, me permito informarle, que usted tiene derecho a la práctica del examen médico de egreso, para lo cual tiene 5 días contados a partir de la fecha del recibo de esta comunicación, si decide practicarse dicho examen sírvase solicitar la orden para el centro médico.

Vale la pena resaltar que dicho examen no tiene ningún costo para los trabajadores.

Para constancia se firma en La Unión (N) los 12 días del mes de julio de 2024

Carlos Lopez

CARLOS MAURICIO LOPEZ
C.C.1.089.485.200

Liliana Valencia M

LILIANA VALENCIA
C.C. 59.706.398
Representante legal JAC Vereda El Peligro

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE
DIRECCION GENERAL TRANSPORTE Y TRANSITO
TERRESTRE AUTOMOTOR

**06-2664635**
LICENCIA DE TRANSITO No.

| PLACA UNICA | MARCA | LINEA Y CILINDRAJE | MODELO |
|---|---|---|---|
| OTJ 321 | NISSAN | CK11DDH | 1983 |

| CLASE DE VEHICULO | COLOR(ES) |
|---|---|
| VOLQUETA | VERDE |

| SERVICIO | CARROCERIA O TIPO | No. PUERTAS |
|---|---|---|
| PARTICULAR | VOLCO | 02 |

| NUMERO DE MOTOR | R. | No. DE SERIE | R. |
|---|---|---|---|
| ND6-040100 | | CK11D-28490 | |

| NUMERO DE CHASIS | R. | CAP. TON/PAS | PESO BRUTO VEHICULAR |
|---|---|---|---|
| CK11D-28490 | | 10 02 | |

| VOLADIZO ANTERIOR | DISTANCIA ENTRE EJES | VOLADIZO POSTERIOR | No. EJES |
|---|---|---|---|
| | | | 02 |

| ANCHO (m.m.) | ALTO (m.m.) | LARGO (m.m.) | AVALUO COMERCIAL |
|---|---|---|---|
| | | | |

| ACTA | DEC. DE IMPOR. | | NUMERO | CIUDAD | DIA - MES - AÑO |
|---|---|---|---|---|---|
| XX | | | 11546 | B/VENTURA | 02 09 83 |

EL PESO BRUTO VEHICULAR PARA VEHICULOS ARTICULADOS SERA EL ESTIPULADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE REMOLQUES, SEMIRREMOLQUES Y SIMILARES

IMPRESO POR TECNOLOGIA INDUSTRIAL FABIAN ANTONIO FLOREZ NIT 94.509.063 - TEL. 8823041 CALI

Powered by CamScanner

LICENCIA DE TRANSITO No. 06-52480-2664635

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES
AROCA GAVIRIA ALFREDO HECTOR

| TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | X | NIT. | | C.E. | | OTRO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

No. DE IDENTIFICACION
15.814.089

DE
LA UNION

DIRECCION
KILOMETRO 3 VIA LA UNION PASTO

CIUDAD
LA UNION NARIÑO

TELEFONO
7265345

ULTIMO TRAMITE
TRASPASO C. SERVICIO.

ORGANISMO DE TRANSITO
IDATT NARIÑO NARIÑO

LIMITACION A LA PROPIEDAD

FECHA DE EXPEDICION

| DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 12 | 12 | 2007 |

MILTON QUIROZ CORAL
FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD QUE EXPIDIO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 166286160

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA LA UNION NARIÑO

**NIT:** 901210957

**No. de Certificado de Acreditación:** 21-CDA-039

**Fecha de expedición:** 2024/05/05

**Fecha de vencimiento:** 2025/05/05

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** OTJ321

**CLASE:** VOLCO

**MARCA:** NISSAN

**MODELO:** 1985

**SERVICIO:** Particular

**COMBUSTIBLE:** ACPM

**CILINDRAJE:**

**NRO. MOTOR:** ND6-040100

**NRO. CHASIS:** CK11D-28490

**VIN:** CK11D-28490

**LÍNEA:** CK11DDH

**COLOR:** VERDE

**NOMBRE PROPIETARIO:** AROCA GAVIRIA ALFREDO HECTOR

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

ANA IRMINZULIA MUÑOZ MUÑOZ

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO MES DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 AÑO MES DÍA | HASTA LAS 23:59 AÑO MES DÍA |
|---|---|---|
| 2024 05 15 | HORAS DEL 2024 05 16 | HORAS DEL 2025 05 15 |

| No. DE POLIZA | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 3008011772089 | OTJ321 | CARGA O MIXTO | PARTICULAR | 7000 | 1983 |

| PASAJEROS | MARCA | LÍNEA VEHICULO | CARROCERÍA |
|---|---|---|---|
| 2 | NISSAN | CK11DDH | VOLCO |

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| ND6-040100 | CK11D-28490 | CK11D-28490 | 10 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO EL TOMADO | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| AROCA GAVIRIA ALFREDO HECTOR | 3188712010 | C.C | 15814089 | LA UNION |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1329 | 10 | 40131 | 152436780000021 | LA UNION |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT | AMPAROS POR VICTIMA |
|---|---|---|---|---|
| 320 | $636.000 | $ 330.700 | $ 2.100 | A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS |

525.920 HASTA **800 SALARIOS**

TOTAL A PAGAR
$968.800

B. INCAPACIDAD PERMANENTE

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

**180** MINIMOS
**750** LEGALES
**10** VIGENTES

FIRMA AUTORIZADA

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.

•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales:

Con la inequívoca conducta de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A., para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán incluidos en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS, quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos, así como a conocer, actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la pagina www.segurosdelestado.com.

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 15814089

NOMBRE

**ALFREDO HECTOR AROCA GAVIRIA**



FECHA DE NACIMIENTO

**25-03-1972**

SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**18-09-2014**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**SUBSTRIA TTOyTTE DPTAL NARIÑO/LA UNION**

Powered by CamScanner

# CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 10-01-2022 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMION, BUSETA Y BUS | 18-09-2024 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 18-09-2017 | PUBLICO |



Morpho C100284971-2013-08-31

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01004704035

Powered by CamScanner



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

Libertad y Orden

**No. 110508**

| No. DE REGISTRO | MARCA | LINEA | AÑO MODELO |
|---|---|---|---|
| MC049662 | CATERPILLAR | 120G | 1988 |

| TIPO DE MAQUINARIA | CLASE | No. SERIE |
|---|---|---|
| CONSTRUCCION | MOTONIVELADORA | 87V08381 |

| COLOR(ES) | No. MOTOR | RODAJE |
|---|---|---|
| AMARILLO | 87V08381 | NEUMATICOS |

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

| PESO | ALTO | ANCHO | LARGO |
|---|---|---|---|
| 11485 Kg | 3330 mm | 2410 mm | 7930 mm |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
CONTRERAS MEZA SEGUNDO MANUEL

IDENTIFICACIÓN
C.C. 70.122.570



LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA

| FECHA REGISTRO | FECHA EXPEDICIÓN | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 04-11-2016 | 03-02-2023 | ****** |

| ORIGEN | DEC. IMPORTACIÓN | FECHA DE LEVANTE |
|---|---|---|
| IMPORTACIÓN | 62007100080802 | 30/03/2007 |

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM07000032902

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

# TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

## No. 42839

| No. DE REGISTRO | MARCA | LINEA | AÑO MODELO |
|---|---|---|---|
| M:061125 | JCB | 3CX14-4-T | 2011 |

| TIPO DE MAQUINARIA | CLASE | No. SERIE |
|---|---|---|
| CONSTRUCCION | RETROEXCAVADORA | JCB3CX4TT02000444 |

| COLOR(ES) | No. MOTOR | RODAJE |
|---|---|---|
| VERDE | 40347U1199410 | NEUMATICOS |

**PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS**

| PESO | ALTO | ANCHO | LARGO |
|---|---|---|---|
| 7003 Kg | 3530 mm | 2450 mm | 7190 mm |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| RIVERA LOPEZ DAVINSON | C.C. 1.089.485.649 |

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## LUIS FERNANDO CORDOBA ARTURO

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.089.478.551*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## BÁSICO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPO PESADO

*con una duración de 80 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Miranda, a los quince (15) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)*

Firmado Digitalmente por
EDIER ORLANDO BOLAÑOS HOYOS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDIER ORLANDO BOLAÑOS HOYOS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE TELEINFORMATICA Y PRODUCCIÓN INDUSTRIAL
REGIONAL CAUCA

**38470873 - 15/11/2016**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9221001269508CC1089478551C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA **DIAN**

**Declaración de Importación** Privada **500**

1. Año **2011**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario **882011000018326-2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 817000771 | 6. DV.: 4 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: QUIMICOS DEL CAUCA S. A. S.

10. Dirección: VDA SAN NICOLAS | 15. Teléfono: 925004070 | 12. Cód. Admón.: 86 | 16. Cód. Dpto: 19 | 17. Cód. Ciudad/Municipio: 142

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 800054478 | 25. DV.: 4 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS CORAL VISION LTDA. NIVEL 1 | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 0068

29. Número documento de identificación: 29141717 | 30. Apellidos y nombres: VARELA VICTORIA CARMENZA .

31. Clase importación: 02 | 32. Tipo declaración: Inicial | 33. Cód.: 1 | 34. No. Formulario Anterior: XXXXXXXXXXXXXX | 35. Año - Mes - Día: XXXX - XX - XX | 36. Cód. Admón.: XX | 37. Declaración de Exportación: No. XXXXXXXXXXXXXX | 38. Año - Mes - Día: XXXX - XX - XX | 39. Cód. Admón.: XX

40. Cód. lugar ingreso de las mercancías: CLO | 41. Cód. Depósito: 13903 | 42. Manifiesto de carga: No. 296630 | 43. Año - Mes - Día: 2011 - 03 - 14 | 44. Documento de transporte: No. VE 014 91 121983 11 | 45. Año - Mes - Día: 2011 - 03 - 04

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: QUIMICA VENOCO CA | 47. Ciudad: GUACARA | 48. Cód País Exportador: 850

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: VIA ARAGUITA GUACARA EDIF ADM PISO 1 | 50. E-mail: 58 241 8804044

51. No. de factura: C2501 | 52. Año - Mes - Día: 2011 - 03 - 03 | 53. Cód. país procedencia: 850 | 54. Cód. Modo Transporte: 3 | 55. Código de Bandera: 169 | 56. Cód. Depto Destino: 76 | 57. Empresa transportadora: EDUARDO BOTERO SOTO Y CIA LTDA. | 58. Tasa de cambio $ cvs.: 1,871.07

S | 59. Subpartida arancelaria: 3817001000 | 60. Cód. Complementario: XX | 61. Cód. Suplementario: XX | 62. Cód. Modalidad: C200 | 63. No. cuotas o meses: XX | 64. Valor cuota USD: XXXX | 65. Periodicidad del pago de la cuota: XX | 66. Cód. país de origen: 850 | 67. Cód. Acuerdo: 001

68. Fecha de pago de la importación: 01 | 69. Tipo de importación: 01 | 70. Cód. país compra: 850 | 71. Peso bruto kgs. dcms.: 28,860.00 | 72. Peso neto kgs. dcms.: 28,860.00 | 73. Código embalaje: PK | 74. No. bultos: 1 | 75. Subpartidas: 1 | 76. Cód. unidad comercial: KG | 77. Cantidad dcms.: 28,860.00

78. Valor FOB USD: 57,142.80 | 79. Valor fletes USD: 2,252.83

80. Valor Seguros USD: 57.14 | 81. Valor Otros Gastos USD: 0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD: 2,309.77 | 83. Ajuste valor USD: 0.00

84. Valor aduana USD: 59,452.57 | 85. Código registro o licencia: X | 86. Número: XXXXXXXXXX

87. Cód. oficina: 99 | 88. Año: XXXX | 89. Programa No: XXXXXXXXXX | 90. Cód Interno del Producto: 0

Autoliquidación

| Concepto | % | Base | Total Liquidado ($) | Total a pagar con esta declaración ($) | Total Liquidado (USD) |
|---|---|---|---|---|---|
| Arancel | 0.00 | 111,293,427 | 0 | 0 | 0 |
| I.V.A. | 16.00 | 111,293,427 | 17,807,000 | 17,807,000 | 0 |
| Salvaguardia | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Derechos Compensatorios | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Derechos Antidumping | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sanción | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Rescate | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | Total | 17,807,000 | | 0 |

91. Descripción de las mercancías (No repite la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DO IC0271-11 ,Pedido ,Formato 1 de 1; Factura(s)...C2501 03/03/2011;MEZCLAS DE ALQUILBENCENOS Y MEZCLAS DE ALQUILNAFTALENOS, EXCEPTO LAS DE LAS PARTIDAS 27.07 Ó 29.02. -DODECILBENCENO/28860.00 Kilos REF= LAB240ES; NOMBRE TECNICO O GENERICO= DODECILBENCENO LINEAL (LAB), COMPOSICIÓN= ALQUILACION OLEFINAS CON BENCENO, ASPECTO FISICO= LIQUIDO(GRANEL), INCOLORO Y VISCOSO, OLOR CARACTERISTICO. USO DEL PODUCTO= MATERIA PRIMA PARA LA FABRICACIÓN DE DETERGENTES INDUSTRIALES, MATERIA PRIMA PARA LA FABRICACION DE TENSOACTIVOS ANIONICOS. NOMBRE TECNICO DE LOS COMPONENTES PRINCIPALES= DODECILBENCENO LINEAL, USO= NETAMENTE INDUSTRIAL. CERTIFICADO DE ORIGEN CON NUMERO 0446563 DEL 03 DE MARZO DE2011; XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

127. Valor pagos anteriores: 0 | 128. Recibo oficial de pago anterior No: XXXXXXXXXXXXXX | 129. Fecha: XXXX XX XX

130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera: Estado de levante: Levante automático. No hay declaración posterior | 131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores | 132. No. Aceptación declaración: 882011000018326 | 133. Fecha: 2011 03 14

134. Levante No. 882011000018873 | 135. Fecha: 2011 - 03 - 14 | Firma funcionario responsable | 136. Nombre: CARRERA VARELA VICTORIA | 137. C.C. No.: C.C. 29.141.717 ANDALUCIA

Firma declarante

AGENCIA DE ADUANAS - NIVEL 1 CORAL VISION LTDA. Código 068

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $ 17,807,000

996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo)

BOGOTA
Autoadhesivo 01484080648520
Fecha presentación 2011-03-14 16:29:00
Valor pagado $17,807,000

Fecha de Impresión: 2011-03-14 16:58:53

20112590234114



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028121700

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PLACA<br>LUB487 | MARCA<br>INTERNATIONAL | LÍNEA<br>4700 4X2 | | MODELO<br>1995 |
| CILINDRADA CC<br>4.700 | COLOR<br>VINO TINTO | | | SERVICIO<br>PARTICULAR |
| CLASE DE VEHÍCULO<br>VOLQUETA | TIPO CARROCERÍA<br>PLATON | | COMBUSTIBLE<br>DIESEL | CAPACIDAD Kg/PSJ<br>12000 |
| NÚMERO DE MOTOR<br>408GM2U0883964 | | REG<br>N | VIN<br>****** | |
| NÚMERO DE SERIE<br>1HTSCACR1SH609055 | | REG<br>S | NÚMERO DE CHASIS<br>SH609055 | REG<br>N |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

ORTIZ CERON SEGUNDO VICENTE

IDENTIFICACIÓN

C.C. 15814186

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 168727032

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA LA ESTRELLA

**NIT:** 901300440

**No. de Certificado de Acreditación:** 20-CDA-066

**Fecha de expedición:** 2023/09/30

**Fecha de vencimiento:** 2024/09/30

## DATOS VEHÍCULO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PLACA:** | LUB487 | **CLASE:** | VOLQUETA |
| **MARCA:** | INTERNATIONAL | **MODELO:** | 1995 |
| **SERVICIO:** | Particular | **COMBUSTIBLE:** | DIESEL |
| **CILINDRAJE:** | 4700 | **NRO. MOTOR:** | 408GM2U0883964 |
| **NRO. CHASIS:** | SH609055 | **VIN:** | |
| **LÍNEA:** | 4700 4X2 | | |
| **COLOR:** | VINO TINTO | | |

**NOMBRE PROPIETARIO:** SEGUNDO V. ORTIZ C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUIS EDUARDO LORA VILLARREAL

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | DÍA | | DESDE LAS 00 HORAS DEL | AÑO | MES | DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL | AÑO | MES | DÍA |
| 2024 | 02 | 01 | | | 2024 | 02 | 02 | | 2025 | 02 | 01 |

**ASEGURADORA**

sura

890.903.407 – 9

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 38270127 | LUB487 | VOLQUETA | PARTICULAR | 4700 | 1995 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | |

| LÍNEA VEHÍCULO | |
|---|---|
| 47004X2 | |

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON |
|---|---|---|---|
| 408GM2U0883964 | SH609055 | | 12000.0 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| SEGUNDO VICENTE ORTIZ CERON | 3116032506 | CEDULA | 15814186 | |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1318 | 248 | 4999 | | |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 320 | $ 919,000 | $ 477,800 | $ 2,100 |

**TOTAL A PAGAR** $ 1,398,900

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13[1] 701,68[2] | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 8,77 | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |

FIRMA AUTORIZADA




**Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:**

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

**En caso de accidente de tránsito:**

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:**
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

**Datos personales**
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la aseguradora, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos.

**Topes de cobertura gastos médicos**
**[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 926. Decreto 2644 de 2022.**
**[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).**



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 15816691

NOMBRE

DIEGO ARMANDO ORTIZ CERON

FECHA DE NACIMIENTO

28-02-1982

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

30-09-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

DPTO ADTVO TTOyTTE MCPAL PASTO



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 22-02-2023 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 30-09-2031 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 30-09-2024 | PUBLICO |

COSMOCOLOR LC-21

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07000546077



REPÙBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028001913

| | | | |
|---|---|---|---|
| | MARCA: INTERNATIONAL | LINEA: 4700 4X2 | MODELO: 1996 |
| | COLOR: VINO TINTO | | SERVICIO: PARTICULAR |
| | TIPO CARROCERIA: PLATON | COMBUSTIBLE: DIESEL | CAPACIDAD Kg/PSJ: 12000 |
| CLASE DE VEHICULO: VOLQUETA | | | |
| | | SOAT: N | |
| | | RTM: N | NUMERO DE CHASIS: 1N2A37J9 | RTM: N |
| NUMERO DE SERIE: 1N2A37J9 | | | |
| PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: VASQUEZ LOPEZ JOHN FREDY Y OTRO(SI) | | | IDENTIFICACIÓN: C.C. 1658597 |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 168916955

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA LA ESTRELLA

**NIT:** 901300440

**No. de Certificado de Acreditación:** 20-CDA-066

**Fecha de expedición:** 2023/10/09

**Fecha de vencimiento:** 2024/10/09

## DATOS VEHÍCULO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PLACA:** | OFJ726 | **CLASE:** | VOLQUETA |
| **MARCA:** | INTERNATIONAL | **MODELO:** | 1996 |
| **SERVICIO:** | Particular | **COMBUSTIBLE:** | DIESEL |
| **CILINDRAJE:** | 4700 | **NRO. MOTOR:** | 469TM2U0954406 |
| **NRO. CHASIS:** | TH243739 | **VIN:** | |
| **LÍNEA:** | 4700 4X2 | | |
| **COLOR:** | VINO TINTO | | |

**NOMBRE PROPIETARIO:** SEGUNDO V. ORTIZ C. y otro(s)

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

LUIS EDUARDO LORA VILLARREAL



SOAT

DEL ESTADO S.A

2023-06-27 | 2023-06-28 | 2024-06-27

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10564400092620 | OFJ726 | CARGA O MIXTO | PARTICULAR | 4700 | 1996 |

| | | |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | PLATON |
| | 4700 4X2 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 469TM2U0854406 | TH243739 | | 12.00 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| VASQUEZ LOPEZ, JOHN FREDY | 3216012583 | CC | 10593597 | FLORENCIA |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| T1329 | 42 | 4013 | 0 | MANIZALES |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 20 | $ 776000 | $ 403500 | $ 2100 |

1181600

| AMPAROS POR VICTIMAS | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS | 800 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |

AUTORIZADA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 10593597

NOMBRE

JOHN FREDY VASQUEZ LOPEZ

FECHA DE NACIMIENTO

02-10-1979

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

29-07-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

DPTO ADTVO TTOyTTE MCPAL PASTO



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 29-07-2032 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 29-07-2025 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0700939510

COSMOCOLOR LC 21

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

Fecha: 01/04/2024

Examen médico ocupacional: Ingreso

## 1. IDENTIFICACIÓN

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: LISSETTE VIVIANA DIAZ URBANO |
| Número de identificación: 1032497441 |
| Fecha de nacimiento: 15_02_1998 |
| Edad: 26 años Sexo: M _ F X_ |
| Estado civil: S _ C_X UL_ Sep._ V_ |
| Escolaridad: Primaria _ Media _ Técnica Universitario _ Postgrado _ |
| Cargo: Supervisión de obra de pavimentación |

## 2. ANTECEDENTES

| |
|---|
| Familiares: NO REFIERE |
| Personales: NO REFIERE |
| Toxico alérgicos: NO REFIERE |
| Laborales: NIEGA |
| Ginecológicos: G0P0A0V0 |

## 3. REVISIÓN POR SISTEMAS:

| |
|---|
| NO REFIERE |

## 4. EXAMEN FÍSICO:

| |
|---|
| Estado general: Buenas condiciones generales |
| Peso: 64 KG kg Talla: 1.6 Mt T.A: 110/60 mmHg FC: 80 X´ FR: 17 X´ T: Afebril |
| Piel y faneras: rosada, sin lesiones, mucosas húmedas, no ictericia |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| |
|---|
| Cabeza y cuello: ORL normal, no adenopatías |
| Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, murmullo vesicular conservado, tórax simétrico, expansible |
| Abdomen: blando, depresible, no dolor, no masas, no megalias, peristaltismo presente |
| Genitourinario: No explorado |
| Extremidades superiores: Tinel, Phalen, fikelstein negativos bilateralmente. Arcos de movilidad de hombro, codo, muñeca y manos completos bilateralmente |
| Extremidades inferiores: Movimientos y arcos de articulaciones conservados, estabilidad de rodillas conservadas, exploración rotuliana Y meniscal normal Bilateral |
| Columna: Normoconfigurada, Lasegue negativo, rangos de flexo extensión, rotación, inclinación conservados |
| Vascular: pulsos +, perfusión < 2 segundos, no edemas, no varices |
| Neurológico: sin déficit, alerta, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT +++/+++++ |

5. **DIAGNÓSTICOS:**

6. **CONCEPTO DE APTITUD:**

Fecha: 01/04/2024 Examen médico ocupacional para: Ingreso

| |
|---|
| Nombres y Apellidos: LISSETTE VIVIANA DIAZ URBANO |
| Número de identificación: 1032497441 |
| Edad: 26 años Sexo: M _ F X |
| Cargo: Supervisión de obra de pavimentación |

**EXÁMENES REALIZADOS:** medico pre ocupacional

**CONCEPTO DE APTITUD:**

| | |
|---|---|
| Apto | x |

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

***Dra yully Arboleda Cifuentes***
***Médica cirujana, esp. Gerencia de la salud y la seguridad en el trabajo***
***Lic. 1423-298***

| | |
|---|---|
| Apto con recomendaciones no disminuyen su capacidad laboral | |
| Requiere nueva valoración | |
| Con restricción para el cargo. | |

**OBSERVACIONES:** Se recomienda a la empresa: Realizar inducción al cargo y capacitación en ergonomía y salud ocupacional. Capacitar en normas de bioseguridad. Proporcionar al trabajador los elementos de protección personal, necesarios para su labor. Implementar pausas activas y cambios de posición durante la jornada laboral.

**RECOMENDACIONES:** Al trabajador: Seguir normas básicas de ergonomía y bioseguridad. Uso de elementos de protección personal según los riesgos de exposicion en el cargo. Realizar pausas activas por horario cada 2 horas y ejercicios de dorsiflexion plantar si bipedestación prolongada.
Realización de actividad física regular, mínimo 3 veces por semana. Uso de bloqueador solar. Levantamiento de peso maximo 7 kg. Evitar posturas en sedente o bipedo prolongadas. Uso de medias de descanso. Uso de corrección visual permanente. Control periodico por optometria en eps.

**RESTRICCIONES:** Ninguna

**OBSERVACIONES:** Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en Ergonomía, Higiene postural, pausas activas y manejo de cargas.

*" Certifico que no omití datos relevantes sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud y que toda la información expresada en este documento es verdadera"*

Lissette Viviana Diaz Urbano

Dra. Yully Arboleda C.
MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD NACIONAL
R.M. 165250

Dra Yuli Arboleda Cifuentes
Esp. Medicina Laboral-Lic 1423298

***Teléfonos: 3128608885-3206190368***
***yudap_s@hotmail.com***
***Carrera 33 N°34-54***
***Tuluá Valle***

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 29 MAYO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: ARLEY FAVIAN MUÑOZ ERAZO | | FECHA NACIMIENTO: 23-AGOSTO-1985 |
| CEDULA: 13.075.571 | EDAD: 39 AÑOS | CARGO: MAESTRO DE CONSTRUCCION |
| EPS: EMSSANAR | ARL: | PESO: 81 Kg TALLA: 170 cm IMC: 28 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL DE QUIROZ ALTO | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: CORREGIMIENTO QUIROZ ALTO LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ☑ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ☑ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | | | NO ADECUADO | ☐ |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/20 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| |
| |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIO, BAJAR DE PESO, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC. 25702 4636

Arley Muñoz

FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 03 JUNIO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: FABIAN RICARDO GOMEZ MARTINEZ | | FECHA NACIMIENTO: 13-JULIO-2004 |
| CEDULA: 1.089.478.458 | EDAD: 19 AÑOS | CARGO: AUXILIAR DE OBRA |
| EPS: EMSSANAR | ARL: | PESO: 54 Kg TALLA: 168 cm IMC: 19.1 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA EL SAUCE | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: VDA. EL SAUCE LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ■ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ■ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | | | NO ADECUADO | ☐ |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/20 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| |
| |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIO, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS, CUMPLIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
LIC. 252-02-2015

Fabian Gómez
FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 03 JUNIO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: MAURICIO HERNANDO PINTA ROMERO | | FECHA NACIMIENTO: 12-OCTUBRE-1987 |
| CEDULA: 1.084.222.199 | EDAD: 36 AÑOS | CARGO: AUXILIAR DE OBRA |
| EPS: NUEVA EPS | ARL: | PESO: Kg TALLA: cm IMC: |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA EL SAUCE | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: VDA. EL SAUCE LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ☒ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ☒ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | | | NO ADECUADO | ☐ |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/20 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| AL EXAMEN MEDICO PRESENTA CONDICION DE SALUD QUE DISMINUYEN MINIMAMENTE SU CAPACIDAD LABORAL PARA ESTE CARGO. |
| SVE ERGONOMICO |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS, CUMPLIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422 - 3124149172

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 21 ABRIL 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS OJEDA MENESES | FECHA NACIMIENTO: 01-SEPTIEMBRE-1980 |
| CEDULA: 15817113 EDAD: 43 AÑOS | CARGO: AUXILIAR DE OBRA DE CONSTRUCCION |
| EPS: ASMET SALUD ARL: | PESO: 57 Kg TALLA: 162 cm IMC: 21.7 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ☒ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ☒ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | | | NO ADECUADO | ☐ |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/50 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| VALORACION POR OPTOMETRIA |
| SVE VISUAL |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

Luis Ojeda

FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422 - 3124149172

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 21 ABRIL 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS HUMBERTO CARVAJAL ESPINOSA | | FECHA NACIMIENTO: 12-JUNIO-1965 |
| CEDULA: 12.990.523 | EDAD: 58 AÑOS | CARGO: AUXILIAR DE OBRA DE CONSTRUCCION |
| EPS: ASMET SALUD | ARL: | PESO: 66 Kg TALLA: 160 cm IMC: 25.7 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | |
|---|---|---|---|
| INGRESO ■ | PERIODICO ☐ | RETIRO ☐ | OTROS ☐ |
| CUAL? | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | |
|---|---|---|
| ADECUADO ■ | ADECUADO CON RESTRICCION ☐ | REUBICACION TEMPORAL ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION ☐ | NO ADECUADO ☐ | |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI ☐ | NO ☐ | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/20 BILATERAL CON CORRECCION VISUAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| USO DE CORRECCION VISUAL |
| CONTROLES PERIODICOS CON MEDICINA GENERAL |
| SVE CARDIOVASCULAR Y VISUAL |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIO, BAJAR DE PESO, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

Luis H Carvajal

FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 29 MAYO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE ALVARO SOLARTE VELASCO | | FECHA NACIMIENTO: 01-DICIEMBRE-1966 |
| CEDULA: 15812366 | EDAD: 58 AÑOS | CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION |
| EPS: ASMET SALUD | ARL: | PESO: 56 Kg TALLA: 168 cm IMC: 19.8 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL DE QUIROZ ALTO | ACTIVIDAD ECONOMICA: JUNTA DE ACCION COMUNAL |
| DIRECCION: CORREGIMIENTO QUIROZ ALTO LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ■ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ■ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | | | NO ADECUADO | ☐ |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/20 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| |
| |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIO, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
LIC. 252 DE 2019

FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

Celular: 3225032422

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 21 JUNIO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: SANTIAGO ALEXANDER ESPAÑA MORENO | | FECHA NACIMIENTO: 08-DICIEMBRE-2001 |
| CEDULA: 1.004.675.595 | EDAD: 22 AÑOS | CARGO: AYUDANTE DE OBRA |
| EPS: ASMET SALUD | ARL: | PESO: 49 Kg TALLA: 160 cm IMC: 19.1 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL | ACTIVIDAD ECONOMICA: |
| DIRECCION: LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ☑ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ☑ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☐ | | | NO ADECUADO | ☐ |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/20 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| APTO PARA EL CARGO |
| |
| |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, EDUCACION EN MANEJO MANUAL DE CARGAS, CUMPLIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL
LIC 252-02-2016

FIRMA DEL TRABAJADOR

MEDICINA LABORAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

**Celular: 3225032422**

# CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL

Fecha: 21 JUNIO 2024

| DATOS DEL TRABAJADOR | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: JEREMY SNEIDER ORTEGA MORENO | | FECHA NACIMIENTO: 30-MAYO-2003 |
| CEDULA: 1.004.675.311 | EDAD: 21 AÑOS | CARGO: AYUDANTE DE OBRA |
| EPS: MALLAMAS | ARL: | PESO: 77 Kg TALLA: 172 cm IMC: 26 |

| DATOS DE LA EMPRESA | |
|---|---|
| NOMBRE: JUNTA DE ACCION COMUNAL | ACTIVIDAD ECONOMICA: |
| DIRECCION: LA UNION - NARIÑO | |

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESO | ☑ | PERIODICO | ☐ | RETIRO | ☐ | OTROS | ☐ |
| CUAL? | | | | | | | |

| CONCEPTO VALORACION MEDICO OCUPACIONAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADECUADO | ☐ | ADECUADO CON RESTRICCION | ☐ | REUBICACION TEMPORAL | ☐ |
| REQUIERE NUEVA VALORACION | ☑ | NO ADECUADO | ☐ | | |
| EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI | ☐ | NO | ☐ | | |

| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---|---|
| PRUEBAS PSICOTECNICAS _____<br>AUDIOMETRIA _____<br>ESPIROMETRIA _____<br>EXAMEN OPTOMETRICO: CON TABLA DE SNELLEN 20/30 BILATERAL | OTROS LABORATORIOS: |

| OBSERVACIONES |
|---|
| SE SOLICITA ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE LA PARED ABDOMINAL Y NUEVA VALORACION POR MEDICINA LABORAL CON RESULTADO, PARA EMITIR CONCEPTO DE APTITUD LABORAL |
| |
| |

| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS |
|---|
| |

*Este concepto se emite con base en la Historia clínica ocupacional que se conserva de acuerdo con la normatividad vigente de confidencialidad y custodia.*

FIRMA DEL MEDICO

DR. DIEGO MARCELO QUEZADA RIERA
MEDICO ESPECIALISTA EN
SALUD OCUPACIONAL

sneider ortega
FIRMA DEL TRABAJADOR

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.497.441**

**DIAZ URBANO**

APELLIDOS

**LISSETTE VIVIANA**

NOMBRES

Lissette Diaz Urbano

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1998**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**22-ABR-2016 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA**

P-1500150-00828948-F-1032497441-20160518 **0049**822111A 1 46447417

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.075.571

MUÑOZ ERAZO

APELLIDOS

ARLEY FAVIAN

NOMBRES

Arley Muñoz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1985

ARBOLEDA (BERRUECOS)
ARBOLEDA (NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

09-SEP-2003 ARBOLEDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2301300-00160403-M-0013075571-20090627 0012857444A 1 22935885

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO 12.990.523
CARVAJAL ESPINOSA
APELLIDOS
LUIS HUMBERTO
NOMBRES

Luis Carvajal
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1965
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-SEP-1985 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2307900-00160014-M-0012990523-20090624 0012797788A 1 32628199


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
15817113
NUMERO
OJEDA MENESES
APELLIDOS
LUIS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1980
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-AGO-2002 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-2307900-53110101-M-0015817113-20030520
06361 03140A 01 130886151



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.812.365
SOLARTE VELASCO

APELLIDOS
JOSE ALVARO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1966
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
30-ABR-1985 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

0012293168 1 27143232



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.089.478.458
GOMEZ MARTINEZ
APELLIDOS
FABIAN RICARDO
NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-2004
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

06-OCT-2022 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2307900-01329006-M-1089478458-20221117 0090366001A 1 56377478

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.222.199

PINTA ROMERO

APELLIDOS

MAURICIO HERNANDO

NOMBRES



Mauricio Hernando Pinta R.

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
12-OCT-1987

BUESACO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.68 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

22-AGO-2006 BUESACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2301900-53155851-M-1084222199-20070124

0331107023P 02 216401706

Powered by CamScanner



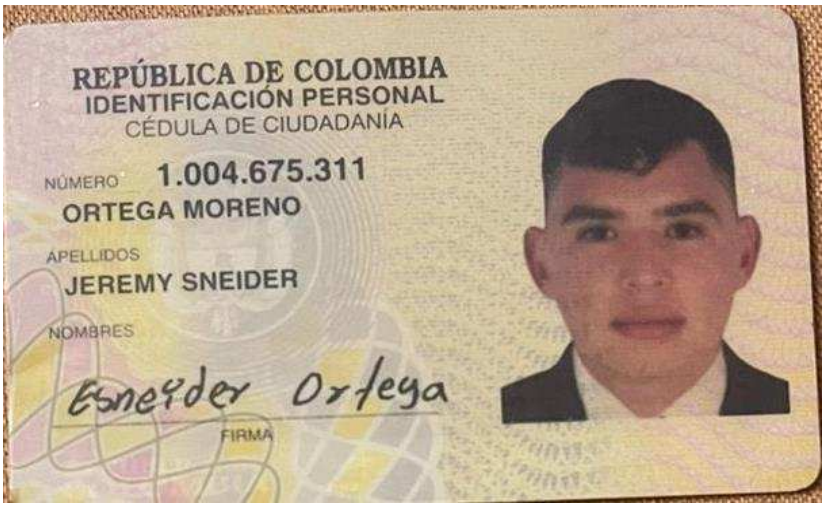
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.675.595
ESPAÑA MORENO
APELLIDOS
SANTIAGO ALEXANDER
NOMBRES

Santiago España
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-2001
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
15-ENE-2020 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
P-2307900-01130620-M-1004675595-20200206 00699 64050A 1 53513605



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.675.311
ORTEGA MORENO

APELLIDOS
JEREMY SNEIDER

NOMBRES
Esneyder Ortega

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-2003
LA UNION
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
04-JUN-2021 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

P-2307900-01245445-M-1004675311-20210715 0074971516A 1 56278728

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/05/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901031819 | **Cédula Usuario:** | CC 15813807 |
| **Nombre:** | JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA EL SAUCE | | | | |
| **Dirección:** | VDA EL SAUCE | | | | |
| **Departamento:** | NARIÑO | | **Municipio:** | LA UNION | |
| **Correo electrónico:** | FRAUL35@HOTMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 3116007617 | | **Tarifa:** | 0.522 | |
| **Actividad Económica:** | 1949901 ACTIVIDADES DE OTRAS ASOCIACIONES NCP, INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE ASOCIACIONES QUE NO ESTAN DIRECTAMENTE AFILIADAS A UN PARTIDO POLITICO, QUE PROMUEVEN UNA CAUSA O TEMATICA PUBLICA MEDIANTE CAMPANAS DE EDUCACION AL PUBLICO, INFLUENCIA POLITICA, RECAUDACION DE FONDOS, ENTRE OTROS INICIATIVA DE LOS CIUDADANOS Y MOVIMIENTOS DE PROTESTA, AMBIENTALES Y ECOLOGICOS; ASOCIACIONES DE CONSUMIDORES, ASOCIACIONES DE AUTOMOVILISTAS, ASOCIACIONES CON FINES PATRIOTICOS, INCLUYENDO ASOCIACIONES DE VETERANOS DE GUERRA, ASOCIACIONES PARA LA PROTECCION Y EL MEJORAMIENTO DE GRUPOS ESPECIALES, POR EJEMPLO, GRUPOS ETNICOS Y GRUPOS MIN | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 15813807 | RAUL URBANO LUNA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 17/05/2024 | CC 1032497441 | DIAZ URBANO LISSETTE | 5 | 6.960 | **Independiente** |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

FB727782E5FA85ED840010BAB81D5859 Certificado impreso el día 5/16/2024 7:49:14 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

**LISSETTE VIVIANA**
**DIAZ URBANO**
1032497441

**JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA EL SAUCI**
901031819

Este carné es personal e intransferible.

Medellín, 21 de June de 2024

**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 VECTRA CONSULTORES SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0005712201 RIESGO 5 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C13075571 | MUÑOZ ERAZO ARLEY FAVIAN | 22/06/2024 | | p3R23318 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/06/2024 11:25:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.14.198.142, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUIS OJEDA MENESES** identificado con **CC** No. **15817113**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUNTA DE ACCION COMUNAL LLANO GRANDE - N. 901032218 | **Fecha de inicio de cobertura :** 09/05/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015334496.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUIS ALBERTO CARVAJAL ESPINOSA** identificado con **CC** No. **12990523**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUNTA DE ACCION COMUNAL LLANO GRANDE - N. 901032218 | **Fecha de inicio de cobertura :** 09/05/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015334486.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FABIAN RICARDO GOMEZ MARTINEZ** identificado con **CC** No. **1089478458**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUAN CARLOS MONERO CERON - N. 15817516 | **Fecha de inicio de cobertura :** 20/06/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016252285.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JEREMY SNEIDER ORTEGA MORENO** identificado con **CC** No. **1004675311**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUAN CARLOS MONERO CERON - N. 15817516 | **Fecha de inicio de cobertura :** 20/06/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016252327.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOSE ALVARO SOLARTE VELASCO** identificado con **CC** No. **15812366**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUAN CARLOS MONERO CERON - N. 15817516 | **Fecha de inicio de cobertura :** 20/06/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016252317.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MAURICIO HERNANDO PINTA ROMERO** identificado con **CC** No. **1084222199**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| JUAN CARLOS MONERO CERON - N. 15817516 | **Fecha de inicio de cobertura :** 21/06/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401016275477.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

MIS_4_1_3_FR15 v_07

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

**HACE CONSTAR**

Que el(la) señor(a) LUIS OJEDA MENESES identificado(a) con CC 15817113, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA DE LLANO GRANDE NI 901032218 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha inicio relación laboral | Fecha fin relación laboral |
|---|---|
| 22/abr./2024 | |

| Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura |
|---|---|
| 22/may./2024 | |

**Informacion beneficiarios:**

**No hay beneficiarios en el grupo familiar.**

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 16 días del mes de may. de 2024.

**Observaciones**

**Con destino a: Solicitud del Interesado**

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

ASMET SALUD EPS S.A.S NIT
900935126



Scanned with ACE Scanner

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

**HACE CONSTAR**

Que el(la) señor(a) LUIS HUMBERTO CARVAJAL ESPINOSA identificado(a) con CC 12990523, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por JUNTA DE ACCION COMUNAL DE LA VEREDA DE LLANO GRANDE NI 901032218 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha inicio relación laboral | Fecha fin relación laboral |
|---|---|
| 22/abr./2024 | |

| Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura |
|---|---|
| 22/may./2024 | |

**Informacion beneficiarios:**

**No hay beneficiarios en el grupo familiar.**

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 16 días del mes de may. de 2024.

**Observaciones**

**Con destino a: Solicitud del Interesado**

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

ASMET SALUD EPS S.A.S NIT
900935126



Scanned with ACE Scanner

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LISSETTE VIVIANA DIAZ URBANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032497441,** se encuentra afiliado/a desde **21/05/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de mayo de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LUIS HUMBERTO CARVAJAL ESPINOSA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.990.523**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LUIS OJEDA MENESES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.817.113**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

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.

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ARLEY FAVIAN MUÑOZ ERAZO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.075.571**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Junio del 2024.

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.

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE – MUNICIPIO D ELA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 30-07-2024 **CONVENIO:** 3089-2023

**INDUCCIÓN:** [X] **REINDUCCIÓN:** [ ]

**OFICIO O LABOR:** Maestro de obra

**Yo,** Arley Fabian Muñoz Erazo **identificado con cedula de ciudadanía número** 1307557 1 **de** Arboleda (N) **, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

ARLEY MUÑOZ

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE – MUNICIPIO D ELA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 30-07-2024 **CONVENIO: 3089-2023**

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Luis H Cuervo **identificado con cedula de ciudadanía número** 12990523 **de** Pasto N **, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE – MUNICIPIO D ELA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 30-07-2024 **CONVENIO:** 3089-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

Yo, Luis Ojeda identificado con cedula de ciudadanía número 15617113 de la union, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.

Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Luiso Jeda

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE – MUNICIPIO D ELA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 30-07-2024 **CONVENIO: 3089-2023**

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Fabian Gómez **identificado con cedula de ciudadanía número** 1089478458 **de** La Unión (N)**, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Fabián Gómez

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE – MUNICIPIO D ELA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 30-07-2024 **CONVENIO: 3089-2023**

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** [illegible] ortega **identificado con cedula de ciudadanía número** 1004675311 **de** La Unión Nariño **, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE – MUNICIPIO D ELA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 30-07-2024 **CONVENIO:** 3089-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Santiago Alexander Espinosa molano **identificado con cedula de ciudadanía número** 1004675345 **de** La Unión Nariño**, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE – MUNICIPIO D ELA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 30-07-2024 **CONVENIO:** 3089-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☒

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Sergio Ponce **identificado con cedula de ciudadanía número** 1054222199 **de** La Union (N)**, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## FORMATO DE INDUCCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LLANO GRANDE – MUNICIPIO D ELA UNIÒN (N)**

**FECHA:** 30-07-2024 **CONVENIO:** 3089-2023

**INDUCCIÓN:** ☐ **REINDUCCIÓN:** ☑

**OFICIO O LABOR:** Auxiliar de obra

**Yo,** Alvaro salazar **identificado con cedula de ciudadanía número** 75 872 366 **de** La union **, hago constar que he recibido y comprendido la inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo y Considero que estoy capacitado (a) para cumplir mi labor como fue asignada de una manera segura y me comprometo a cumplir las normas aquí establecidas, a utilizar y conservar durante mi labor todos los elementos de protección personal que me han sido asignados, informar a mis jefes inmediatos y/o al personal de SST, la requisición o el cambio de ellos. Igualmente, a informar los riesgos que puedan poner en peligro mi integridad física, mental y social y la de mis compañeros dentro del lugar de trabajo.**

**Declaro que también fui notificado sobre la realización de los exámenes médicos de ingreso y de retiro.**

**RIESGOS A LOS QUE FUI NOTIFICADO:**

| CLASIFICACIÓN | RIESGOS | CONTROL |
|---|---|---|
| BIOLÓGICO | Presencia de bacterias, hongos, virus, picaduras de insectos, avispas, mordeduras de animales | Lavado o desinfección de manos, uso de tapabocas cuando se sienta con síntomas gripales.<br>No usar perfumes, no gominas en el cabello, no usar perfumes, no ropas de colores llamativos.<br>No ingresar en el habitad de los animales, no molestar ni acariciar animales desconocidos |
| FÍSICO | Ruido, vibración, calor, temperaturas altas o bajas (calor o frio), rayos solares | Usar protectores auditivos en presencia de quipos o maquinaria que generen ruido, mantenerse en lo posible alejado de equipos vibratorios, uso de ropas adecuadas para el clima y de manga larga, mantener hidratación |
| QUIMICO | Presencia de material particulado, humos gases y vapores | |
| PSICOSOCIAL | Características del trabajo y de la organización. | Actividades de bienestar social, planeación del trabajo y de horarios laborales, mantener |

| | | |
|---|---|---|
| | Condiciones de la tarea. Jornadas de trabajo. Forma de contratación. | diálogo y cordialidad entre los compañeros laborales |
| BIOMECANICOS | Posturas prolongadas de pie o sedente, sobre esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación de cargas. | Realizar pausas activas, cambio de actividades, utilizar ayudas mecánicas y/o manuales y de los demás compañeros |
| MECÁNICOS | Maquinas o equipos en movimientos y manejo de herramientas | Conservar el doble de la distancias de seguridad entre la parte más saliente entre la maquina o equipo en movimiento. No operar equipos o maquinas sin contar con la experiencia o experticia. Usar herramientas adecuadas para cada tarea y que están en buen estado para su operación |
| ELÉCTRICOS | Descargas eléctricas de alta o baja tensión | No manipular cableado eléctrico o realizar actividades eléctricas sin contar con los debidos certificados de la CONTE (técnico electricista) |
| LOCATIVOS | Espacios reducidos de trabajo. Superficies irregulares o deslizantes, diferencias de niveles. Almacenamiento de materiales, orden y aseo, caídas de objetos | Uso de botas de seguridad antideslizantes. Señalizar las áreas donde se evidencien cambios de superficies o diferencia de niveles, no acopiar materiales a más de 1.20 metros de alturas. Mantener orden y aseo en áreas de trabajo. Instalar señalización de advertencia donde se requiera. |
| TÉCNOLÓGICOS | Derrames, fugas, incendios | Verificar el estado de la maquinaría o equipos, disponer de diques de contención. Disponer de kit de derrames y de extintores |
| ACCIDENTES DE TRANSITO | Accidentes de transito | Estar atentos con la movilidad de vehículos o maquinas del sector, caminar siempre en sentido contrario al tránsito vehicular |
| PÚBLICOS | Robos, atracos, hurtos, atentados desorden público | No poner resistencia, guardar a calma, no acercarse a sitios donde se presenten disturbios. Mantener los números de teléfonos de emergencia. No cargar objetos de valor ni grandes sumas de dinero. |
| FENOMENOS NATURALES | Fuertes lluvias, vendavales, inundaciones, derrumbes, granizadas. | Realizar y atender actividades de simulacros, atención de emergencias, primeros auxilios y evacuación. Llevar siempre en lo posible los documentos personales. Suspender actividades a la intemperie en presencia de lluvias y tormentas |

Firma del colaborador

Firma del ingeniero residente

## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR Arley Favian Muñoz

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 13075571

CARGO Maestro de obra

INDUCCIÓN X REINDUCCIÓN _____

OAC Junta de Acción Comunal Vereda Llano Grande

FECHA 30-07-2021 EVALUACIÓN SATISFACTORIA Si

NOMBRE DEL INGENIERO RESIDENTE

Lissette Viviana Diaz Urbano

**Selecciones la respuesta correcta, marcando (F), si es falso o (V), si es verdadero**

1. Es responsabilidad del empleador las siguientes:
   a) Afiliar al trabajador a la seguridad social (V)
   b) No realizar los pagos al sistema general de seguridad social. (F)
2. Es responsabilidad del trabajador las siguientes:
   a) usar correctamente los elementos de protección personal (V)
   b) Informar cualquier accidente de trabajo al jefe inmediato (V)
   c) Cuidar la salud de cada uno y la de sus compañeros (V)
3. Riesgos a los que estamos expuestos todos los trabajadores
   a) Material particulado (polvo, gases, humos) (V)
   b) Atrapamientos por maquinaría y equipos (V)
   c) Robos y o atracos (V)
4. Enfermedades a las que estamos expuestos los trabajadores
   a) Enfermedades de los pulmones y gripes (V)
   b) Perdida de la audición (V)
5. Accidente de trabajo es:

a) Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o por ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. También es accidente de trabajo aquel que, durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas del trabajo. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares del trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas, o culturales cuando se actué por cuenta o en representación del empleador ( V ).