1005674784- CARLOS ALBERTO ARIAS NAVARRO

Dr. Edgard Bonett
Médico Especialista en Salud Ocupacional
NIT: 90133593-6
Cel: 311 556 4304 - Email: drbonett@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	11 MES	2024 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

TUBERTEC SILVA S.A.S	TUBERTEC SILVA S.A.S
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)

ARIAS NAVARRO CARLOS ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	27 años, 2 meses y 19 días.	CC	1005674784
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PLOMERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL - EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	EXAMENES LABORATORIO - AUDIOMETRIA- OPTOMETRIA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO PARA LA LABOR ASIGNADA - ESTILOS DE VIDA SALUDABLE - SEGUIR LOS LINEAMIENTOS DEL SGSST

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: DR. EDGAR BONETT S. MEDICO Y CIRUJANO Especialista en Salud Ocupacional R.M. 001467 LIC. 3116	Firma:
Nombre: BONETT EDGARD	Nombre: CARLOS ALBERTO ARIAS NAVARRO
R. M.: 001466 L.S.O.: 036 8	CC: 1005674784

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: WILMAR ENRIQUE DE LEON DE LA ASUNCION **Identificación:** CC 72192977
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1973-05-15 **Edad:** 51 A
Dirección **Teléfono:** 3126190603
Empresa: PMP CONSTRUCCIONES SAS
Empresa en misión: PMP CONSTRUCCIONES SAS
Actividad económica:
Talla (mts): 1.63 **Peso (kg):** 54.0 **IMC:** 20.32 **Grupo Sanguineo:** O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00103196 **Fecha apertura:** 20240905 08:24:19
Fecha cierre: 20240905 12:09:31
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PAQUETE EXAMENES DE TRABAJO EN ALTURA,GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PRUEBA DE VERTIGO Y EQUILIBRIO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Uso de EPP.
Uso de RX.
Valoración por optometría.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 13195
MEDICO R.O. No. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 72192977

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: MIGUEL ANGEL HERNANDEZ TORRES **Identificación:** CC 1082396911



Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 2001-08-14 **Edad:** 23 A

Dirección **Teléfono:** 3011897210

Empresa: PMP CONSTRUCCIONES SAS

Empresa en misión: PMP CONSTRUCCIONES SAS

Actividad económica:

Talla (mts): 1.73 **Peso (kg):** 63.0 **IMC:** 21.05 **Grupo Sanguineo:** A -

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00103776 **Fecha apertura:** 20240920 06:44:51

Fecha cierre: 20240920 11:19:56

Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: Ayudante

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PAQUETE EXAMENES DE TRABAJO EN ALTURA,GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PRUEBA DE VERTIGO Y EQUILIBRIO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Uso de EPP.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12195
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1082396911

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: MANUEL SANTIAGO SIERRA IZQUIERDO **Identificación:** CC 1124065856
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1978-08-22 **Edad:** 45 A
Dirección **Teléfono:** 3015529384
Empresa: PMP CONSTRUCCIONES SAS
Empresa en misión: PMP CONSTRUCCIONES SAS
Actividad económica:
Talla (mts): 1.66 **Peso (kg):** 56.0 **IMC:** 20,32 **Grupo Sanguineo:** O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00100498 **Fecha apertura:** 20240627 06:54:21
Fecha cierre: 20240627 13:15:36
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PAQUETE EXAMENES DE TRABAJO EN ALTURA,GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PRUEBA DE VERTIGO Y EQUILIBRIO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Debe conducir con gafas con formula de refracción.
Debe trabajar con gafas con formula de refracción.
Uso de EPP.
Valoración por optometría.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1124065856

SOINTE Ltda
SALUD OCUPACIONAL INTEGRADA

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JUAN CARLOS PEREZ MEJIA **Identificación:** CC 77186733
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1976-05-02 **Edad:** 48 A
Dirección **Teléfono:** 3007643863
Empresa: PMP CONSTRUCCIONES SAS
Empresa en misión: PMP CONSTRUCCIONES SAS
Actividad económica:
Talla (mts): 1.73 **Peso (kg):** 65.0 **IMC:** 21.72 **Grupo Sanguineo:** O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00102842 **Fecha apertura:** 20240829 07:07:01
Fecha cierre: 20240829 10:42:48
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 77186733

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JAIRO ENRIQUE CABALLERO SOTO **Identificación:** CC 77177877
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1974-04-08 **Edad:** 50 A
Dirección **Teléfono:** 3137202264
Empresa: PMP CONSTRUCCIONES SAS
Empresa en misión: PMP CONSTRUCCIONES SAS
Actividad económica:
Talla (mts): 1.74 **Peso (kg):** 76.0 **IMC:** 25.10 **Grupo Sanguineo:** O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00105944 **Fecha apertura:** 20241029 07:33:36
Fecha cierre: 20241029 11:51:47
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PAQUETE EXAMENES DE TRABAJO EN ALTURA,GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PRUEBA DE VERTIGO Y EQUILIBRIO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Debe conducir con gafas con formula de refracción.
Debe trabajar con gafas con formula de refracción.
Uso de EPP.
Valoración por optometría.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 77177877

Salud Ocupacional

DR. RICARDO LOBO CUADRADO VALLEDUPAR -CESAR

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médico ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, Se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta una encuesta enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección y verificación de estado de la vacunación contra COVID 19. Cualquier hallazgo significativo encontrado se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS

- *Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.*
- *Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.*
- *Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.*
- *Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.*
- *Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.*
- *Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.*

Descargue el aplicativo Coronapp Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.

SI TIENE LOS SIGUIENTES Síntomas: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.

Acorde con resolución 1995 de 1999 y la resolución 2346 del 2007 por la cual se establecen normas para el manejo de historias clínicas, ACEPTO y AUTORIZO al médico de la empresa para consultar mi historia clínica e incluirme en el diagnostico de salud de la población trabajadora y en los programas de vigilancia epidemiológica que realice la empresa; además certifico que todo lo registrado en la Historia Clínica es verídico, que no he omitido ninguna información sobre mi salud y puede ser confirmada.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo.
También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO Médico DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

RICARDO LOBO CUADRADO
Médico General y Cirugía
Universidad Manabí -Ecuador
Uni Cartagena -Colombia
Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales con énfasis en Seguridad Industrial.
Especialista en gerencia de la Salud Ocupacional
Fundación Universitaria del área Andina
RES. 0636 – 2015 /Lic.0112-12

firma del trabajador o paciente:
C/c: 1065570945

Salud Ocupacional

DR. RICARDO LOBO CUADRADO VALLEDUPAR -CESAR

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2024-09-20

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria: PARTICULAR

Actividad económica: PARTICULAR

Nombre:	JORGE JOSE POLO LOPEZ	Documento:	CC 1065570945
Fecha de nacimiento:	03-JUNIO-1986	Lugar de nacimiento:	VALLEDUPAR (CESAR)
Edad:	38 años	Género:	Masculino
Estado civil:	UNION LIBRE	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	VALP-BARRIO NEVADA CALLE 7B#43-31	Municipio:	VALEDUPAR
Teléfono:	3103507671	Escolaridad:	TECNICO/TECNOLOGO.
Ocupación:	OP RETROEXCAVADORA	EPS:	Nueva EPS
responsable**:		Teléfono	
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		

*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo con la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna: Covid-19 - Ultima dosis: 16/08/2020 esquema de vacunas completos -tétano-hepatitis fiebre amarilla.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: normal campimetría: normal
Optometría: Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual (uso de lentes)
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo con el examen ocupacional realizado a: JORGE JOSE POLO LOPEZ con documento de identificación No. 1065570945 sé considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de: OP DE RETROEXCAVADORA -del sector económico Servicios OBRA CIVIL .OP.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda autocuidado, higiene postural adecuada
2. Se le recomienda actividad física regular

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Hemo leucograma: Normal; - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Alterado; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS: De acuerdo con la valoración psicológica realizada se considera que NO PRESENTA ALTERACIÓN que pueda afectar su desempeño en labores en alturas. ESTUDIO RADIOLÓGICO DE LA COLUMNA LUMBOSACRA: Sin alteración no genera restricción.
CONSIDERACIONES SOBRE ESTUDIO RADIOLÓGICO DE LA COLUMNA LUMBOSACRA NO SE EVIDENCIA NINGUNA ALTERACIÓN NO GENERA RESTRICCIONES: En el estudio radiológico realizado las estructuras óseas visibles no evidencian patologías de ningún tipo. La relación entre las diferentes estructuras está conservada. Las curvaturas de la columna no evidencian alteración por lo que NO supera los límites establecidos de acuerdo con criterios de Medicina Basada en la Evidencia, por lo que se considera que NO lo restringe para el trabajo habitual. No hay signos de espasmo muscular ni de otro tipo de alteraciones asociadas.

VACUNACION TOXOIDE TETANICO: Aporta soporte con ----dosis VACUNACION FIEBRE AMARILLA: Aporta soporte con - *dosis REFUERZOS*
VACUNACION HEPATITIS COMPLETA: presenta carnet internacional de vacunas.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Fecha y hora de impresión: 2024-06-12 08:40:52 - Usuario: MARLON

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900272056 - 3

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: MARLON RAFAEL VILLARREAL SILVERA

Identificación: CC 1065827795

Edad: 27

Cargo: MANTENIMIENTO

Empresa en labor: JS INGENIERÍA DEL CESARS.A.S

Empresa: PARTICULAR

No. Orden 0026286 **Fecha atención:** 2024-06-12 09:08:39
Realizado en: Valledupar - Cesar **Fecha salida:** 2024-06-12 12:31:50
Tipo evaluación: Examen de ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Exámenes realizados

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA TAMIZ,COLESTEROL TOTAL,ELECTROCARDIOGRAMA,EXAMEN FISICO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
higiene postural estilo de vida saludable extrermar medidas de bioseguridad distanciamiento social	No aplica	Dieta baja en carbohidratos Dieta baja en grasas Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

Apto para realizar trabajos en altura

Observación:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL

Jairo Martinez Rojas
Reg: 4610
Lic: 2070

Firma del especialista en salud ocupacional
JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
MARLON VILLARREAL SILVERA
Identificación:CC 1065827795

Fecha y hora de impresión: 2024-11-01 15:04:49 - Usuario: JAIRO

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900272056 - 3

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: JHON DAVID VILLARREAL SILVERA

Identificación: CC 1192806120

Edad: 24

Cargo: AUXILIAR

Empresa en labor: JS INGENIERÍA DEL CESARS.A.S

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	0046467	**Fecha atención:**	2024-11-01 08:29:32
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2024-11-01 12:16:09
Tipo evaluación:	Examen de ingreso orientado al riesgo trabajo en altura		

Exámenes realizados

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA TAMIZ,COLESTEROL TOTAL,EXAMEN FISICO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
Caminatas Hacer ejercicios físicos higiene postural	No aplica	Dieta baja en carbohidratos Dieta baja en grasas Dieta baja en sodio Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

Apto para realizar trabajos en altura

Observación:

uso de elementos de proteccion personal

JAIRO MARTINEZ ROJAS
REG: 4610
LIC: 2070

Jhon villarreal

Firma del especialista en salud ocupacional
JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
JHON DAVID VILLARREAL SILVERA
Identificación:CC 1192806120

Fecha y hora de impresión: 2021-08-27 10:29:26 - Usuario: JAIRO

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900272056 - 3

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: JASSIEL DAVID SEGRERA CANTILLO

Identificación: CC 1065596106

Edad: 35

Cargo: DIRECTOR OPERATIVO

Empresa en labor: JS INGENIERÍA DEL CESARS.A.S

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	0021819	**Fecha atención:**	2024-05-12 07:51:29
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2024-05-12 08:45:12
Tipo evaluación:	Examen de ingreso orientado al riesgo trabajo en altura		

Exámenes realizados

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA TAMIZ,COLESTEROL TOTAL,ELECTROCARDIOGRAMA,ESPIROMETRIA,EXAMEN FISICO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
Caminatas Hacer ejercicios físicos	No aplica	Dieta baja en carbohidratos Dieta baja en grasas Dieta baja en sodio	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

Apto para realizar trabajos en altura

Observación:

higiene postural estilo de vida saludable uso de elementos de proteccion personal

Firma del especialista en salud ocupacional
JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
JASSIEL DAVID SEGRERA CANTILLO
Identificación:CC 1065596106

Fecha y hora de impresión: 2024-06-13 08:41:35 - Usuario: JAIRO

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900272056 - 3

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: JAIRO ENRIQUE OCHOA CERVANTES

Identificación: CC 1065827783

Edad: 27

Cargo: MANTENIMIENTO

Empresa en labor: JS INGENIERÍA DEL CESARS.A.S

Empresa: PARTICULAR

No. Orden 0026287 **Fecha atención:** 2024-06-12 09:20:23
Realizado en: Valledupar - Cesar **Fecha salida:** 2024-06-12 12:42:08
Tipo evaluación: Examen de ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Exámenes realizados

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA TAMIZ,COLESTEROL TOTAL,ELECTROCARDIOGRAMA,EXAMEN FISICO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
higiene postural estilo de vida saludable extrermar medidas de bioseguridad distanciamiento social	No aplica	Dieta baja en carbohidratos Dieta baja en grasas Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

Apto para realizar trabajos en altura

Observación:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL

Jairo Martinez Rojas
Reg: 4610
Lic: 2070

Firma del especialista en salud ocupacional
JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
JAIRO ENRIQUE OCHOA CERVANTES
Identificación:CC 1065827783

Fecha y hora de impresión: 2024-11-01 15:05:11 - Usuario: JAIRO

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900272056 - 3

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: EUDER ANDRES OSPINO GALLARDO

Identificación: CC 1065827936

Edad: 28

Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION

Empresa en labor: JS INGENIERÍA DEL CESARS.A.S

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	0046468	**Fecha atención:**	2024-11-01 08:31:59
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2024-11-01 12:16:46
Tipo evaluación:	Examen de ingreso orientado al riesgo trabajo en altura		

Exámenes realizados

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA TAMIZ,COLESTEROL TOTAL,EXAMEN FISICO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
Caminatas Hacer ejercicios físicos higiene postural	No aplica	Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

Apto para realizar trabajos en altura

Observación:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

JAIRO MARTINEZ ROJAS
REG: 4610
LIC: 2070

Firma del especialista en salud ocupacional
JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
EUDER ANDRES OSPINO GALLARDO
Identificación:CC 1065827936

Fecha y hora de impresión: 2024-02-21 14:40:52 - Usuario: BREINER

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900272056 - 3

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: BREINER ROSADO BARRERA

Identificación: CC 1065639124

Edad: 30

Cargo: MANTENIMIENTO

Empresa en labor: JS INGENIERÍA DEL CESARS.A.S

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	0026288	**Fecha atención:**	2024-02-01 08:35:39
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2024-02-01 12:31:50
Tipo evaluación:	Examen de ingreso orientado al riesgo trabajo en altura		

Exámenes realizados

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA TAMIZ,COLESTEROL TOTAL,ELECTROCARDIOGRAMA,EXAMEN FISICO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
higiene postural estilo de vida saludable extrermar medidas de bioseguridad distanciamiento social	No aplica	Dieta baja en carbohidratos Dieta baja en grasas Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

Apto para realizar trabajos en altura

Observación:

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL

JAIRO MARTINEZ ROJAS
REG: 4610
LIC: 2070

Firma del especialista en salud ocupacional
JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
BREINER ROSADO BARRERA
Identificación:CC 1065639124

www.jmrsaludocupacional.com ~ e-mail:jmrsaludocupacional@hotmail.com

Tel. 5817273 ~ Calle 11 # 11A - 15 - Valledupar

Fecha y hora de impresión: 2024-02-14 15:36:01 - Usuario: JAIRO

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900272056 - 3

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: LUIS CARLOS FUENTES GOMEZ

Identificación: CC 1063963127

Edad: 32

Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION

Empresa en labor: JC 88 CONSTRUCCIONES S.AS

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	0042834	**Fecha atención:**	2024-02-14 07:50:25
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2024-02-14 09:20:03
Tipo evaluación:	Examen de ingreso orientado al riesgo trabajo en altura		

Exámenes realizados

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA TAMIZ,COLESTEROL TOTAL,EXAMEN FISICO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
Caminatas Hacer ejercicios físicos higiene poistural	No aplica	Dieta baja en carbohidratos Dieta baja en grasas	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

Apto para realizar trabajos en altura

Observación:

uso de elementos de proteccion personal

JAIRO MARTINEZ ROJAS
REG: 4610
LIC: 2070

Luis carlos fuentes gom

Firma del especialista en salud ocupacional
JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
LUIS CARLOS FUENTES GOMEZ
Identificación:CC 1063963127

www.jmrsaludocupacional.com ~ e-mail:jmrsaludocupacional@hotmail.com

Tel. 5817273 ~ Calle 11 # 11A - 15 - Valledupar

Fecha y hora de impresión: 2024-10-07 10:52:19 - Usuario: JAIRO

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900272056 - 3

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: JHON CARLOS MUNIVE RODRIGUEZ

Identificación: CC 19707197

Edad: 44

Cargo: OFICIAL DE CONSTRUCCION

Empresa en labor: JC 88 CONSTRUCCIONES S.AS

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	0046398	**Fecha atención:**	2024-10-07 08:22:06
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2024-10-07 09:35:20
Tipo evaluación:	Examen de ingreso orientado al riesgo trabajo en altura		

Exámenes realizados

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA TAMIZ,COLESTEROL TOTAL,EXAMEN FISICO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS

Recomendaciones laborales:	Manejo por	EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
estilo de vida saludable dieta y ejercicio extremar medidas de bioseguridad	No aplica		Dieta baja en grasas Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

Apto para realizar trabajos en altura

Observación:

No aplica

Jairo Martinez Rojas
Reg: 4610
Lic: 2070

Jhon C. Munive.

Firma del especialista en salud ocupacional
JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
JHON CARLOS MUNIVE RODRIGUEZ
Identificación:CC 19707197

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: YARY JOSE RAMIREZ **Identificación:** CC 4247873
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1970-11-26 **Edad:** 53 A
Dirección **Teléfono:** 3206747282
Empresa: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Empresa en misión: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.68 **Peso (kg):** 65.0 **IMC:** 23.03 **Grupo Sanguineo:**



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00105974 **Fecha apertura:** 20241030 06:59:06
Fecha cierre: 20241030 07:20:00
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 4247873

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: RAYNER JOSE RAMIREZ ORELLANA **Identificación:** CC 3590842
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1990-11-10 **Edad:** 33 A
Dirección **Teléfono:** 3243476711
Empresa: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Empresa en misión: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.68 **Peso (kg):** 74.0 **IMC:** 26.22 **Grupo Sanguineo:**



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00105975 **Fecha apertura:** 20241030 07:00:38
Fecha cierre: 20241030 07:23:32
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Perez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 3590842

SOINTE Ltda
SALUD OCUPACIONAL INTEGRADA

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: KEYBER JASIR BALCAZAR TORRES **Identificación:** CC 1003376047
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 2000-11-24 **Edad:** 23 A
Dirección CALLE 16E 36BIS- 133 **Teléfono:** 3014650285
Empresa: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Empresa en misión: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.7 **Peso (kg):** 70.0 **IMC:** 24.22 **Grupo Sanguineo:** O



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00106825 **Fecha apertura:** 20241120 06:49:30
Fecha cierre: 20241120 07:09:56
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1003376047

SOINTE Ltda
SALUD OCUPACIONAL INTEGRADA

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: KENNY YAHAIR RANGEL ZULETA **Identificación:** CC 1065569484
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1986-05-06 **Edad:** 38 A
Dirección **Teléfono:** 3135843519
Empresa: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Empresa en misión: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.68 **Peso (kg):** 59.0 **IMC:** 20.90 **Grupo Sanguineo:** O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00106820 **Fecha apertura:** 20241120 06:39:07
Fecha cierre: 20241120 06:53:32
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: Ayudante

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Perez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1065569484

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JOSE GABRIEL PEREZ GOMEZ **Identificación:** CC 1065816751



Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1995-06-12 **Edad:** 29 A
Dirección **Teléfono:** 3042806330
Empresa: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Empresa en misión: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.75 **Peso (kg):** 64.0 **IMC:** 20.90 **Grupo Sanguineo:** B +

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00105973 **Fecha apertura:** 20241030 06:57:12
Fecha cierre: 20241030 07:16:38
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: Ayudante

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1065816751

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: HUMBERTO DE JESUS DIAZ TORRES **Identificación:** CC 1065570051
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1985-12-07 **Edad:** 38 A
Dirección **Teléfono:** 3014650285
Empresa: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Empresa en misión: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.85 **Peso (kg):** 98.0 **IMC:** 28.63 **Grupo Sanguineo:** O



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00106824 **Fecha apertura:** 20241120 06:48:31
Fecha cierre: 20241120 07:06:28
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos.
Dieta baja en grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Perez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Humberto Diaz

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1065570051

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: GUSTAVO ENRIQUE HERNANDEZ CARDENAS **Identificación:** CC 77034823
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1970-11-17 **Edad:** 53 A
Dirección **Teléfono:** 3183041014
Empresa: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Empresa en misión: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.74 **Peso (kg):** 91.0 **IMC:** 30.06 **Grupo Sanguineo:** O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00103407 **Fecha apertura:** 20240911 06:50:19
Fecha cierre: 20240911 11:04:26
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: CARPINTERO

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PAQUETE EXAMENES DE TRABAJO EN ALTURA,GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PRUEBA DE VERTIGO Y EQUILIBRIO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Debe conducir con gafas con formula de refracción.
Debe trabajar con gafas con formula de refracción.
Uso de EPP.
Valoración por optometría.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 77034823

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: CESAR ANTONIO OÑATE **Identificación:** CC 77016227
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1963-01-19 **Edad:** 61 A
Dirección **Teléfono:** 314815033
Empresa: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Empresa en misión: CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S
Actividad económica:
Talla (mts): 1.74 **Peso (kg):** 68.0 **IMC:** 22.46 **Grupo Sanguineo:** O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00106592 **Fecha apertura:** 20241115 06:50:27
Fecha cierre: 20241115 07:06:06
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 77016227

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: OSCAR DAVID PADILLA PERALTA
Identificación: CC 1062402015



Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1994-12-22 Edad: 29 A
Dirección
Teléfono: 3122517319
Empresa: ARQUIENERGIA S.A.S.
Empresa en misión: ARQUIENERGIA S.A.S.
Actividad económica:
Talla (mts): 1.75 Peso (kg): 91.0 IMC: 29.71 Grupo Sanguineo: A +

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00106696 Fecha apertura: 20241118 09:37:30
Fecha cierre: 20241118 11:23:15
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: Auxiliar

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Elementos de protección auditiva.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Debe conducir con gafas con formula de refracción.
Debe trabajar con gafas con formula de refracción.
Uso de EPP.
Valoración por optometría.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 Registro No.: 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1062402015

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: MICHELL ALFONSO CAMPO LOPEZ **Identificación:** CC 1065840617
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1998-05-08 **Edad:** 26 A
Dirección **Teléfono:** 3022791161
Empresa: ARQUIENERGIAS SAS
Empresa en misión: ARQUIENERGIAS SAS
Actividad económica:
Talla (mts): 1.7 **Peso (kg):** 56.0 **IMC:** 19.38 **Grupo Sanguineo:** O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00106444 **Fecha apertura:** 20241112 07:00:15
Fecha cierre: 20241112 11:15:02
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: AUXILIAR DE REDES

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PAQUETE EXAMENES DE TRABAJO EN ALTURA,GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PRUEBA DE VERTIGO Y EQUILIBRIO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Uso de EPP.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Gustavo E. Perez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.E. 1687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1065840617

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JEAN CARLOS CAMPOS SOTO
Identificación: CC 1064801723



Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1996-12-12 Edad: 27 A
Dirección
Teléfono: 3104451146
Empresa: ARQUIENERGIA S.A.S.
Empresa en misión: ARQUIENERGIA S.A.S.
Actividad económica:
Talla (mts): 1.77 Peso (kg): 98.0 IMC: 31.28 Grupo Sanguineo: O +

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00106963 Fecha apertura: 20241122 09:50:25
Fecha cierre: 20241122 12:24:11
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: INGENIERO

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PAQUETE EXAMENES DE TRABAJO EN ALTURA,GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PRUEBA DE VERTIGO Y EQUILIBRIO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Uso de EPP.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 Registro No.: 7687



Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1064801723

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: IVAN RAFAEL PADILLA VASQUEZ **Identificación:** CC 1193234289
Sexo: M **Fecha de Nacimiento:** 1992-10-18 **Edad:** 32 A
Dirección **Teléfono:** 3136868737
Empresa: ARQUIENERGIAS SAS
Empresa en misión: ARQUIENERGIAS SAS
Actividad económica:
Talla (mts): 1.72 **Peso (kg):** 64.0 **IMC:** 21.63 **Grupo Sanguineo:** O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

E.M.O. Ingreso orientado al riesgo trabajo en altura

Orden No.: 00106447 **Fecha apertura:** 20241112 07:09:32
Fecha cierre: 20241112 11:17:23
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: OFICIAL DE REDES

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PAQUETE EXAMENES DE TRABAJO EN ALTURA,GLICEMIA,VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO,PRUEBA DE VERTIGO Y EQUILIBRIO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Elementos de protección auditiva.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Uso de EPP.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS: Apto para realizar trabajos en alturas

Gustavo E. Perez Cadena
ENFERMERO No. 12195
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 **Registro No.:** 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1193234289

NIT. 900.441.159 - 9

Cra 16 No. 12 - 43 Barrio Alfonso López - Valledupar
Tel: 5898318 Cel: 300 4317502 - 301 6906373
Email: sointeltda@hotmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: DELIO JOSE CHINCHILLA RIVAS
Identificación: CC 4933755



Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1988-02-13 Edad: 36 A
Dirección
Teléfono: 3005672351
Empresa: ARQUIENERGIA S.A.S.
Empresa en misión: ARQUIENERGIA S.A.S.
Actividad económica:
Talla (mts): 1.63 Peso (kg): 68.0 IMC: 25.59 Grupo Sanguineo: B +

EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00106695 Fecha apertura: 20241118 09:35:56
Fecha cierre: 20241118 11:19:40
Realizado en: Valledupar-Cesar

Cargo u Oficio: Auxiliar

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

VISIOMETRIA,AUDIOMETRIA CLINICA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Control médico anual.
Control optometrico anual.
Higiene Postural.
Uso de EPP.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Elementos de protección auditiva.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control en 1 año.
Uso de EPP.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: APTO SIN RESTRICCIONES

Gustavo E. Pérez Cadena
ENFERMERO No. 12105
MEDICO R.D. 7687
Especialista S.O. No. 7151

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: GUSTAVO ENRIQUE PEREZ CADENA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 7151 Registro No.: 7687

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 4933755

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

AIRE CARIBE S A

ACTIVIDAD ECONOMICA: INSTALACIONES DE FONTANERÍA, CALEFACCIÓN Y AIRE ACONDICIONADO

NO. CERTIFICADO	1.689.375				
CIUDAD	VALLEDUPAR - MEDICINA INTEGRAL DIAGNOSTICA MID S.A.S				
FECHA	01/11/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.123.994.759	**EDAD**	38	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GONZALEZ JARAMILLO YEYSON				
TIPO DE CARGO	TRABAJO EN ALTURAS	**CARGO U OFICIO**	PROFESIONAL HSEQ		

EXÁMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - OPTOMETRIA - TEST PSICOLÓGICO PARA TRABAJO EN ALTURAS/ESPACIOS CONFINADOS - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajar en alturas

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL POR SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL, CONTROL SEGUN PVE, REPOSO AUDITIVO, CONTROL ANUAL - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - SEGUN EXPOSICIÓN A RUIDO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo GONZALEZ JARAMILLO YEYSON identificado con CC No. 1.123.994.759. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



DR. ADALBERTO MAESTRE LSO 0649 DE 2014

Aspirante o trabajador



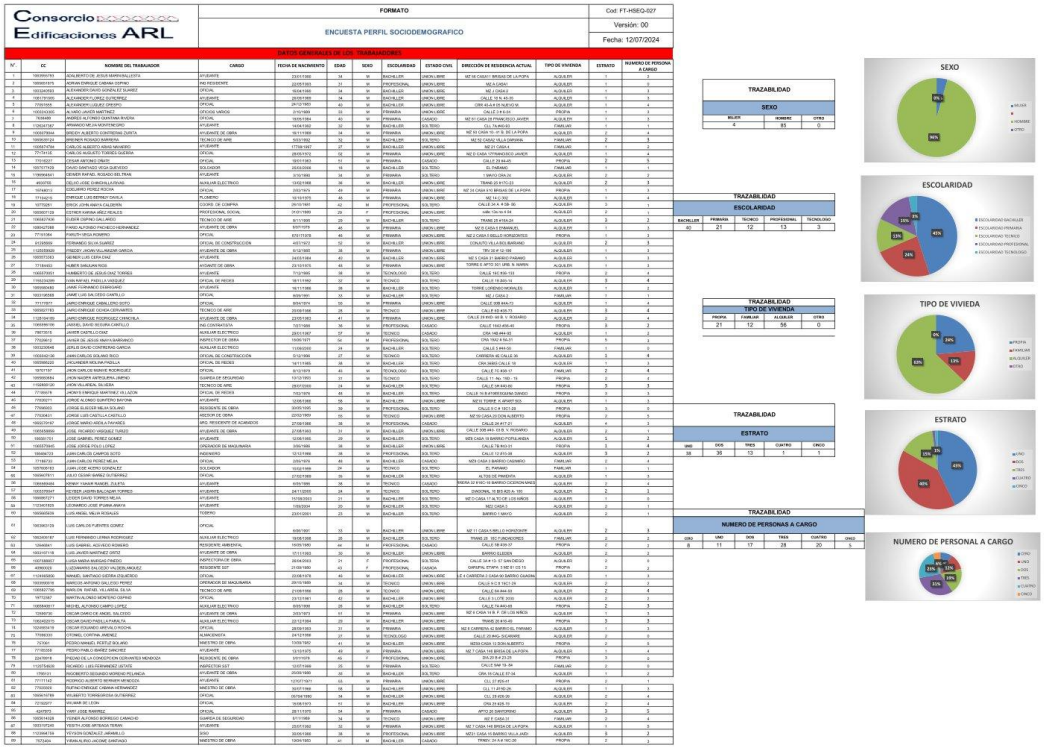
CC. 1.123.994.759

ELABORADO POR: MEDICINA INTEGRAL DIAGNOSTICA MID S.A.S 901102593 SEDE: MEDICINA INTEGRAL DIAGNOSTICA MID S.A.S CARRERA 12 # 13C- 78 PLAZA SAN MIGUEL SEGUNDO PISO PBX: 744 63 46 VALLEDUPAR CESAR

www.medilaboral.com

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO.	Cod: FT-HSEQ-064 Versión: 00 Fecha 16/07/2024

ANEXO 13



Consorcio Edificaciones ARL

FORMATO

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Cod: FT-HSEQ-027 | Versión: 00 | Fecha: 12/07/2024

DATOS GENERALES DE LOS TRABAJADORES

N°	CC	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL	TIPO DE VIVIENDA	ESTRATO	NUMERO DE PERSONA A CARGO
1	1005976179	JEAN BERTOGE JESUS MARIN PALLOTTA	AYUDANTE	23/07/1998	27	M	BACHILLER	UNION LIBRE	MZ 34 CASA 1 BRISAS DE LA POPA	ALQUILER	1	2
2	1069951975	ADRIAN ENRIQUE CABANA OSPINO	NO RESIDENTE	22/05/1993	31	M	PROFESIONAL	UNION LIBRE	MZ A CASA 7	ALQUILER	1	3
3	1003444561	ALEXANDER DAVID GODINEZ SUAREZ	OFICIAL	16/04/1998	24	M	BACHILLER	UNION LIBRE	MZ. 1 CASA 2	ALQUILER	1	2
4	1067191995	ALEXANDER FLOREZ GUTIERREZ	AYUDANTE	28/06/1995	34	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CALLE 16 N. 43-35	ALQUILER	1	3
5	1064116434	ALEXANDER LOBLACZ OSPINO	OFICIAL	26/12/1993	30	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CRR 46 A # 35 N 67-51 M	ALQUILER	1	3
6	1005553355	ALVARO JAVIER MARTINEZ	OFICIOS VARIOS	27/01/1999	23	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	CALLE 2 # 6 D 54	PROPIA	1	3
7	7676499	ANDRES ALFONSO CANTANA RIVERA	OFICIAL	16/05/1984	40	M	PRIMARIA	CASADO	MZ 51 CASA 29 ETAPA DOS EL JAGUEY	ALQUILER	1	3
8	1126241187	ARMANDO MEJIA MONTERO	AYUDANTE	16/04/1992	32	M	BACHILLER	S/S TERO	CLL 74 #43 D3	FAMILIAR	1	1
9	1003479644	ARNOLDO ALBERTO CONTRERAS ZARATA	AYUDANTE DE OBRA	16/11/1998	24	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ 55 CASA 16 VI B. SO LA POPA	ALQUILER	2	4
10	1069509123	BREINER ROSADO BARRERA	TECNICO DE MINE	5/03/1992	32	M	BACHILLER	S/S TERO	MZ 52 CASA2 VILLA ESPERAN	FAMILIAR	2	3
11	1005247254	CARLOS ALBERTO ARIAS NAVARRO	AYUDANTE	17/08/1997	27	M	BACHILLER	UNION LIBRE	MZ 21 CASA 4	FAMILIAR	2	2
12	7717411E	CARLOS ALBERTO TORRES GUERRA	OFICIAL	28/05/1972	52	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ E CASA 10TRANSVERSO JAGUEY	ALQUILER	1	4
13	7701422?	CESAR ANTONIO CRUZ?	OFICIAL	18/07/1983	41	M	PRIMARIA	CASADO	CALLE 23 #4-25	PROPIA	2	3
14	1007217429	DAVID SANTIAGO VEGA QUEVEDO	SOLDADOR	26/04/2006	18	M	BACHILLER	S/S TERO	EL PARAISO	FAMILIAR	1	1
15	1192842210	DENNER RAFAEL ROSADO DELTRAN	AYUDANTE	3/12/1999	24	M	PRIMARIA	S/S TERO	1 MANZ 2 CASA 24	ALQUILER	2	2
16	4600765	DELVIS JOSE CHIMENA NAVAS	AUXILIAR ELECTRICO	13/02/1968	56	M	BACHILLER	UNION LIBRE	TRANS 23 # 51-33	ALQUILER	2	3
17	1014492113	EDILBERTO PEREZ ROZON	OFICIAL	2/02/1973	49	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ 34 CASA 4 K BRISAS DE LA POPA	PROPIA	1	3
18	1118122	ENRIQUE LUIS BERNAT DAVILA	PLOMERO	16/12/1972	49	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ 14 C 36	ALQUILER	2	4
19	1077029?	ERICK JOHN AMAYA CALDERON	COCINE DE OSIMPIA	29/10/1991	32	M	PROFESIONAL	S/S TERO	CALLE 34 A # 39 -56	ALQUILER	3	1
20	1003021128	ESTHER KARINA ARIZ PALACIO	PROFESIONAL SOCIAL	31/07/1995	28	F	PROFESIONAL	UNION LIBRE	MRA 72A N 0 1 56	ALQUILER	2	2
21	1065037508	EUDER OSPINO DALLARO	TECNICO DE MINE	8/11/1988	33	M	BACHILLER	S/S TERO	TRANS 25 #59-24	ALQUILER	3	2
22	1069437268	FABIO ALFONSO PACHECO HENRIQUEZ	AYUDANTE DE OBRA	9/01/1979	45	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ F CASA 5 ETAPA DOS EL	ALQUILER	1	1
23	7710184	FABIUTH VEGA ROMERO	OFICIAL	8/01/1978	46	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ 2 CASA 5 SIELLO HORIZONTE02	PROPIA	1	3
24	91139569	FERNANDO SILVA SUAREZ	OFICIAL DE CONSTRUCCION	4/07/1972	52	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CONJUNTO VILLA DEL BARRANC	ALQUILER	2	3
25	1120538928	FREDDY JAVIER VILLAMIZAR GARCIA	AYUDANTE DE OBRA	8/12/1985	38	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	TIPO 30 # 12 -58	ALQUILER	1	3
26	1005572243	GENNER LUIS CEPPA DIAZ	AYUDANTE	24/03/1994	30	M	BACHILLER	UNION LIBRE	MZ 3 CASA 5 VILLA BARRIO PARAIS	ALQUILER	1	3
27	1118164021	HUBER SABALAN ROSS	AYDANTE DE OBRA	23/10/1975	49	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	TORRE 6 APTO 501 URB. N. MARIN	ALQUILER	1	3
28	1065374541	HUMBERTO DE JESUS DIAZ TORRES	OFICIAL	7/12/1982	39	M	TECNOLOGO	S/S TERO	CALLE 15C NO 15B	PROPIA	2	4
29	1106334299	IVAN RAFAEL PADILLA VASQUEZ	OFICIAL DE REDES	18/11/1992	32	M	TECNICO	S/S TERO	CALLE 19 #20-16	ALQUILER	3	4
30	1065916363	JAIME FLORENCE ESPERANZANO	AYUDANTE	16/11/1998	26	M	BACHILLER	S/S TERO	TORRE LORENZO PACHELLI	ALQUILER	1	1
31	1003136588	JAIME LUIS SALCEDO CANTILLO	OFICIAL	8/06/1991	33	M	BACHILLER	S/S TERO	MZ 1 CASA 2	FAMILIAR	1	1
32	7711178??	JAIRO ENRIQUE CABALLERO SOTO	OFICIAL	8/01/1971	50	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	CALLE 30B #44-71	ALQUILER	1	4
33	1005021783	JAIRO ENRIQUE OCHOA CERVANTES	TECNICO DE MINE	23/05/1998	25	M	TECNICO	UNION LIBRE	CALLE 8 #2-44 P-1	ALQUILER	3	4
34	1128104439	JAIRO ENRIQUE RODRIGUEZ CARRILLA	AYUDANTE DE OBRA	23/05/1983	41	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	CALLE 29 #20 -50 B. V. ROSARIO	ALQUILER	2	4
35	1065956756	JAISIEL DAVID ROSARIO CARRILLO	NO CONTRATISTA	10/7/1992	32	M	PROFESIONAL	CASADO	CALLE 19A3 #34-40	PROPIA	3	2
36	7987257?	JAVIER CASTILLO DIAZ	AUXILIAR ELECTRICO	25/01/1967	57	M	TECNICO	CASADO	CRA 14B #44-92	ALQUILER	1	2
37	7702843	JAVIER DE JESUS AMAYA BARRANCO	INSPECTOR DE OBRA	15/06/1977	47	M	PROFESIONAL	S/S TERO	CRA 19A3 # 64A-21	PROPIA	3	3
38	1003230648	JERLIS DAVID CONTRERAS GARCIA	AUXILIAR ELECTRICO	11/08/2000	24	M	BACHILLER	S/S TERO	CALLE 3 #43-05	FAMILIAR	1	3
39	1065842146	JHAN CARLOS SOLANO RICO	OFICIAL DE CONSTRUCCION	5/12/1996	27	M	TECNICO	S/S TERO	CARRERA 4E CALLE 3A	ALQUILER	3	4
40	1005992220	JHOJANDER MOLINA PADILLA	OFICIAL DE REDES	18/11/1995	28	M	BACHILLER	S/S TERO	CRA 36B3 CALLE 15	ALQUILER	1	3
41	1076737?	JHON CARLOS RAMOS RODRIGUEZ	OFICIAL	8/12/1976	45	M	TECNOLOGO	S/S TERO	CALLE 21 #36-17	FAMILIAR	2	4
42	1065953283	JHON NAIDITH ARTEAGA LIMPIO	GUARDA DE SEGURIDAD	10/12/1993	31	M	TECNICO	S/S TERO	CALLE 11 #a -16D - 76	PROPIA	3	2
43	1102805130	JHON VILLAREAL SILVERA	TECNICO DE MINE	28/07/2000	24	M	BACHILLER	S/S TERO	CALLE 5A #24 #2	PROPIA	2	2
44	7719927?	JHONYS ENRIQUE MARTINEZ VILLALON	OFICIAL DE REDES	7/02/1979	46	M	BACHILLER	S/S TERO	CALLE 15 B #7B DIAGONA SANDO	PROPIA	3	3
45	1065923271	JORGE ALONSO QUINTERO BAYONA	AYUDANTE	12/08/1998	25	M	BACHILLER	UNION LIBRE	MZ 5 TORRE 4 APART 503	ALQUILER	1	1
46	7704665	JORGE ELIECER MEJIA SOLANO	RESIDENTE DE OBRA	30/05/1970	50	M	PROFESIONAL	S/S TERO	CALLE 5 D # 10C1-28	PROPIA	3	3
47	7702443?	JORGE LUIS CASTILLA CASTILLO	ASESOR DE OBRA	22/02/1969	53	M	TECNICO	UNION LIBRE	MZ 50 CASA 23 DON ALBERTO	PROPIA	2	5
48	1065219167	JORGE MARIO ARZOLA PAVARES	MRO. RESIDENTE DE ACABADOS	27/08/1988	36	M	PROFESIONAL	CASADO	CALLE 24 #17-21	ALQUILER	2	3
49	1065458869	JOSE RICARDO VASQUEZ TAPIAS	AYUDANTE DE OBRA	27/08/1993	31	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CALLE 30B #41- 03 B. V. ROSARIO	ALQUILER	2	1
50	1065921751	JOSE GABRIEL PEREZ ALVAREZ	AYUDANTE	12/08/1993	29	M	BACHILLER	S/S TERO	MZ5 CASA 18 BARRIO PORTALAMBA	ALQUILER	1	2
51	1065375945	JOSE JOSUE FELLY LOPEZ	OPERADOR DE MAQUINARIA	3/05/1995	28	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CALLE 7B #43-31	PROPIA	3	4
52	1064842133	JUAN CARLOS CAMPOS SOTO	INGENIERO	12/12/1996	26	M	PROFESIONAL	S/S TERO	CALLE 17 #15-38	ALQUILER	3	2
53	1114832152	JUAN CARLOS PEREZ MEJIA	OFICIAL	2/01/1975	49	M	BACHILLER	CASADO	MZ5 CASA 2 BARRIO CASIMIRO	FAMILIAR	2	3
54	1067936183	JUAN JOSE ACERO GONZALEZ	SOLDADOR	16/02/1998	24	M	TECNICO	S/S TERO	EL PARAISO	FAMILIAR	1	1
55	1065957511	JULIO CESAR SUAREZ SUTERFEZ	OFICIAL	27/02/1989	35	M	BACHILLER	S/S TERO	ALTOS DE PANDETA	ALQUILER	1	3
56	1064855464	KENNY XAVIER RAMOS ZULETA	AYUDANTE	4/04/1995	28	M	TECNICO	CASADO	TRANS 32 #16C1 B BARRIO CIUDEMA MANZ	ALQUILER	2	4
57	1065339547	KEVER JAIRO BALDIRIS TORRES	AYUDANTE	24/11/2000	24	M	TECNICO	S/S TERO	DIAGONAL 10 B3 #20 A- 150	ALQUILER	3	3
58	1065971371	LEIDER DAVID TORRES MEJIA	AYUDANTE	11/08/2003	21	M	BACHILLER	S/S TERO	MZ 5 CASA 17 ALTO DE LOS ARCOS	ALQUILER	1	3
59	1103457653	LEONARDO JOSE PARRA ARAYA	AYUDANTE	1/09/2004	20	M	BACHILLER	S/S TERO	MZ1 CASA 3	ALQUILER	2	1
60	1065663639	LUIS ANGEL VALLA ROSALES	TESPRO	23/01/2001	23	M	BACHILLER	S/S TERO	BARRIO 1 MAYO	ALQUILER	2	1
61	1063923139	LUIS CARLOS PUPO PEREZ	OFICIAL	6/05/1991	33	M	BACHILLER	UNION LIBRE	MZ 11 CASA 5 VILLA HORIZONTE	ALQUILER	2	3
62	1065921751	LUIS FERNANDO LERMA RODRIGUEZ	AUXILIAR ELECTRICO	16/05/1998	25	M	BACHILLER	S/S TERO	TRANS 25 - 55C1 CIUDADCREDEL	FAMILIAR	2	3
63	1064894?	LUIS GABRIEL ACEVEDO ROMERO	RESIDENTE AMBIENTAL	15/05/1985	39	M	PROFESIONAL	CASADO	CALLE 5B #39-37	PROPIA	2	3
64	1003147118	LUIS JAVIER MARTINEZ ORTIZ	AYUDANTE DE OBRA	12/11/1992	32	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CALLE 29 #20 VILLADEN	ALQUILER	2	2
65	1007588857	LUISA MARIA MARQUEZ PAREDO	INSPECTORA DE OBRA	28/04/2003	21	F	PROFESIONAL	S/S TERA	CALLE 34 # 10 -37 SAN DIEGO	ALQUILER	2	3
66	4598310	LUZMARINA SALCEDO PALOMINO(JUBI	RESIDENTE SST	21/05/1969	53	F	PROFESIONAL	CASADO	CARRERA 3 TRAN 1 # 58 -21 1 0	PROPIA	2	2
67	1124585890	MANUEL SANTIAGO ESTRA COLMENARES	OFICIAL	20/08/1979	45	M	BACHILLER	UNION LIBRE	M 4 CARRERA 3 CASA 60 BARRIO GUAIRA	ALQUILER	1	3
68	1003550618	MARCOS ANTONIO SALCEDO PEREZ	OPERADOR DE MAQUINARIA	25/10/1989	33	M	TECNICO	UNION LIBRE	CALLE 4 C 3 TIC1 29	ALQUILER	2	2
69	1007657139	MARLON RAFAEL SALAZAR TEJEDA	TECNICO DE MINE	23/08/1998	25	M	TECNICO	UNION LIBRE	CALLE 54 #44-83	ALQUILER	2	2
70	1917230	MARTIN ALONSO MONTERO OSPINO	OFICIAL	23/12/1981	42	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CALLE 5 LOTE 3035	ALQUILER	2	2
71	1065956017	MIGUEL ALFONSO CAMPO LOPEZ	AUXILIAR ELECTRICO	8/05/1995	28	M	BACHILLER	S/S TERO	CALLE 7A #43-65	PROPIA	2	3
72	1064859730	OSCAR DARIO DE ANGEL SALCEDO	AYUDANTE DE OBRA	24/5/1973	51	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ E CASA 14 B. P. DE LOS NIÑOS	ALQUILER	1	3
73	1065456215	OSCAR DAVID PADILLA PADILLA	AUXILIAR ELECTRICO	27/12/1994	30	M	BACHILLER	UNION LIBRE	TRANS 25 # 63-26	PROPIA	3	3
74	1024991618	OSCAR EDUARDO ARVILO ROCHE	OFICIAL	28/08/1983	37	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ E CARRERA 30 BARRIO EL PARAIS	ALQUILER	1	3
75	7706231	OTONIEL CORTINA JIMENEZ	ALBAÑILENEVA	24/12/1958	67	M	TECNOLOGO	UNION LIBRE	CALLE 20 #42- SOARRIPE	ALQUILER	2	2
76	7672061	PEDRO MANUEL PERTUZ SOLANO	MAESTRO DE OBRA	13/09/1970	51	M	BACHILLER	UNION LIBRE	MZ5A CASA 13 DON ALBERTO	PROPIA	2	5
77	1118122	PEDRO PABLO RAMIREZ SANCHEZ	AYUDANTE	13/10/1972	49	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ 1 CASA 14A BRISAS DE LA POPA	ALQUILER	1	4
78	2247819	PEDRO DE LA CONCEPCION GUEVARA(ES MENDOZA	RESIDENTE DE OBRA	5/01/1979	45	M	PROFESIONAL	UNION LIBRE	30A 23 # 2-21 B	ALQUILER	3	2
79	1120736639	RAMIRO ANTONIO ARIZA PALACIO	INSPECTOR SST	10/07/1988	33	M	PRIMARIA	S/S TERO	CALLE 30A 19 -34	FAMILIAR	3	3
80	1192733431	RICARDO ALBERTO MENDOZA VILLANUEVA	AYUDANTE DE OBRA	25/01/1995	29	M	BACHILLER	S/S TERO	CRA 30 # CALLE 57-58	ALQUILER	2	2
81	7711174?	RICARDO ALBERTO SERRANO MENDOZA	AYUDANTE	12/07/1971	53	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	CLL 57 #35-41	PROPIA	2	1
82	7705995	RUFINO ENRIQUE CABANA HERNANDEZ	MAESTRO DE OBRA	30/01/1966	58	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CLL 71 # 9D-28	ALQUILER	1	3
83	1006743799	RYLBERTO TORREGROSA GUTIERREZ	OFICIAL	05/04/1990	34	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CLL 39 #26-39	ALQUILER	2	4
84	7210207	SALVAR DE LEON	OFICIAL	15/08/1972	51	M	BACHILLER	UNION LIBRE	CRA 29 #26-10	ALQUILER	2	1
85	42479?3	VINEY JOSE RAMIREZ	OFICIAL	28/11/1975	54	M	PRIMARIA	CASADO	APTO 201 SANTORINI	ALQUILER	3	5
86	1005514428	YOINER ALFONSO RODRIGUEZ CAMACHO	GUARDA DE SEGURIDAD	6/11/1998	24	M	TECNICO	UNION LIBRE	MZ F CASA 17	FAMILIAR	1	2
87	1003197245	YOSYN JOSE ORTEGA TERAN	AYUDANTE	25/07/1992	32	M	PRIMARIA	UNION LIBRE	MZ 7 CASA 14 BRISA DE LA POPA	ALQUILER	1	3
88	1123564739	YOYDIN GONZALEZ JARAMILLO	SISO	30/06/1998	26	M	PROFESIONAL	UNION LIBRE	MZ31 CASA 14 BARRIO VILLA JUDI	ALQUILER	3	2
89	7673404	YVANILIO RIVO JACOME CANTADO	MAESTRO DE OBRA	13/04/1965	41	M	BACHILLER	CASADO	TRINDI 34 A # 19C-35	PROPIA	2	3

TRAZABILIDAD

SEXO

BELLEZA	HOMBRE	OTRO
4	85	0

TRAZABILIDAD

ESCOLARIDAD

BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	PROFESIONAL	TECNOLOGO
40	21	12	13	3

TRAZABILIDAD

TIPO DE VIVIEDA

PROPIA	FAMILIAR	ALQUILER	OTRO
21	12	56	0

TRAZABILIDAD

ESTRATO

UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO
58	30	13	4	1

TRAZABILIDAD

NUMERO DE PERSONAS A CARGO

CERO	UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO
8	11	17	28	20	5

ANEXO 14

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	/

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** /

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** /

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realiza alguna actividad física	SI		NO	/
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador.

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 25 | 11 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Juan carlos Campos Soto **GÉNERO** F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1064801723 **EDAD** 28 **PESO** 95 **TALLA** 1

ÁREA: Administrativo **CARGO:** ING Residente

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codos	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	/

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Dónde? _____

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Kenny Rangel Zuleta.

Firma del trabajador. CC. 1065.569.484 V/puv.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod: FT-HSEQ-064
	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO.	Versión: 00
		Fecha 16/07/2024

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 21 | NN | 24 **Encuesta N°** ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Kenny Yuhair Rangel Zuleta **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065.569.484. **EDAD** 38 **PESO** 63 **TALLA** 1.68.

ÁREA: Operativo. **CARGO:** Ayudante

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO	X	Esguinces	SI		NO	X

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realiza alguna actividad física	SI	✓	NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador.

Keyba Balcazar cc 1003396047

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 20 | MM | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Kevber jose Balcero Tous **GÉNERO** F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1003 326 047 **EDAD** 23 **PESO** 70 **TALLA** 1.68

ÁREA: operativa **CARGO:** oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realiza alguna actividad física	SI	✓	NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador.

Humberto Diaz
cc 1065570051

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 20 | NM | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Humberto Diaz Torres **GÉNERO** F [ ] M [√]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: cc 1063520021 **EDAD** 38 **PESO** 97 **TALLA** XL

ÁREA: operativa **CARGO:** oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** /

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** /

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realiza alguna actividad física	SI		NO	/
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Odio Chinchilla

9933755

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod: FT-HSEQ-064
	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO.	Versión: 00
		Fecha 16/07/2024

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 18 | M 11 | A 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Delio Chinchilla **GÉNERO** F ☐ M ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 4913772 **EDAD** 37 **PESO** 68 **TALLA** 157

ÁREA: operativa **CARGO:** aux.

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** ____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI	✓	NO	
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Oscar David padilla peralta
CC 1062402015

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod: FT-HSEQ-064
	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO.	Versión: 00
		Fecha 16/07/2024

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 18 | 11M | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Oscar David Padilla Peralta **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1062402015 **EDAD** 29 **PESO** 90 **TALLA** 176

ÁREA: Operativa **CARGO:** Auxiliar

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	//	Hombros	SI		NO	//
Codos	SI		NO	//	Espalda baja	SI		NO	//
Espalda alta	SI		NO	//	Muñecas	SI		NO	//
Dedos	SI		NO	//	Rodillas	SI		NO	//
Tobillos	SI		NO	//	Pies	SI		NO	

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	//
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	//
Reumatismo	SI		NO	
Osteoporosis	SI		NO	//
Osteoartritis	SI		NO	//

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	//	Tendinitis	SI		NO	//
Bursitis	SI		NO		Esguinces	SI		NO	

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	/

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** X

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** X

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realiza alguna actividad física	SI		NO	/
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador.



Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 14 | 11M | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Jorge Jose polo. **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065570945 **EDAD** 38 **PESO** 82 **TALLA** 1.76

ÁREA: Operativa **CARGO:** Operador Maquinaria

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codos	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	/

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** ✓ **NO** _____

¿Cual? Ojo Izquierdo

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. CESAR OÑATE 1016227

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 15 | 11 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Cesar Oñate **GÉNERO** F [ ] M [✓]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 7701627 **EDAD** 61 **PESO** 79 **TALLA** 1.79

ÁREA: Antiguo Idema Cra 7c #36 **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. 1124065856

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 13 | 11 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Manuel Sierra **GÉNERO** F ☐ M ☑

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1124065556 **EDAD** 43 **PESO** 69 **TALLA** 1.66

ÁREA: Antiguo Idema Cra 7c#36 **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO		Columna	SI		NO	
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO		Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** /

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** /

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	/	NO	
Realiza alguna actividad física	SI	/	NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. 1193 234 289

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 12 | 11 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Iván Padilla **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1193 234 289 **EDAD** 32 **PESO** 86 **TALLA** 180

ÁREA: Operativa **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codos	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	/

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realiza alguna actividad física	SI	✓	NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Michell Ampo

1.065.840.617

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 12 | 11 | 2024 **Encuesta N°** [ ]

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Michell Campo **GÉNERO** F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065840617 **EDAD** 26 **PESO** 56 **TALLA** 1.70

ÁREA: Operativa **CARGO:** Ayudante

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO		Esguinces	SI		NO	X

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Michel Hernandez

1062396911

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 08 | 04 | 24 **Encuesta N°** ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Miguel Angel Hernandez Olivos **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1062396911 **EDAD** ____ **PESO** ____ **TALLA** ____

ÁREA: Operativa **CARGO:** ____

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO	X	Esguinces	SI		NO	

¿Dónde? ____

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** /

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** /

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realiza alguna actividad física	SI	/	NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador.

Euder 1065877936.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 07 | 11 | 24 **Encuesta N°** ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Cesar Andres Espino **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065827936 **EDAD** 28 **PESO** ___ **TALLA** 1.56

ÁREA: Operativa **CARGO:** Auxiliar

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	//	Hombros	SI		NO	//
Codos	SI		NO	//	Espalda baja	SI		NO	//
Espalda alta	SI		NO	//	Muñecas	SI		NO	//
Dedos	SI		NO	//	Rodillas	SI		NO	//
Tobillos	SI		NO	//	Pies	SI		NO	//

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	//
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	//
Reumatismo	SI		NO	
Osteoporosis	SI		NO	//
Osteoartritis	SI		NO	

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	//	Tendinitis	SI		NO	//
Bursitis	SI		NO		Esguinces	SI		NO	

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Wilmer de Leon

72192972

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 07 | 11 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Wilmer de Jesus **GÉNERO** F ☐ M ☑

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 72092977 **EDAD** 51 **PESO** 55 **TALLA** 163

ÁREA: Antiguo Idema Cra 7C #36 **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	/

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** X **NO** ____

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** X **NO** ____

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realiza alguna actividad física	SI	/	NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Fernando Silva S

cc 91 295 664 Bucaramanga

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 07 | VII | 2024 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Fernando Silva S **GÉNERO** F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 91285669 **EDAD** 52 **PESO** 70 **TALLA** 182

ÁREA: Operativo **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codos	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** /

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** /

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realiza alguna actividad física	SI	/	NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. CARLOS AVILA NAVARRO
1005674784

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod: FT-HSEQ-064
	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO.	Versión: 00
		Fecha 16/07/2024

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 7 | 11 MM | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Cielo Arias Navarro **GÉNERO** F [ ] M [✓]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1005644484 **EDAD** 28 **PESO** 50 **TALLA** 153

ÁREA: operativa **CARGO:** Axudante

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codos	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	/

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? SI _____ NO ___/___

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: SI _____ NO ___/___

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realiza alguna actividad física	SI		NO	/
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Jairo Caballero
73 177 877

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod: FT-HSEQ-064
	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO.	Versión: 00
		Fecha 16/07/2024

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 06 | 11 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Jairo Caballero **GÉNERO** F ☐ M ☑

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 77177877 **EDAD** 50 **PESO** 76 **TALLA** 1.74

ÁREA: Antiguo Ibema Cra 7c #36 **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	/
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	/

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** /

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** /

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	/	NO	
Realiza alguna actividad física	SI	/	NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. [signature]

1065639127

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 05 | 11 | 2024 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: BREINER ROSADO B. **GÉNERO** F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065639124 **EDAD** 32 **PESO** 76 **TALLA** 1.76

ÁREA: Operativa **CARGO:** DOCTERO

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Jhon Ulloncol Silva
1192806120

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod: FT-HSEQ-064
	INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN ELTRABAJO.	Versión: 00
		Fecha 16/07/2024

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 05 | MM | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Jhon Wilmer Silvera **GÉNERO** F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1192806120 **EDAD** 24 **PESO** 83 **TALLA** 173

ÁREA: Operativa **CARGO:** Auxiliar

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador.

1065596106.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 05 | 11 | 24. **Encuesta N°** ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Josiel Sagrada **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065596106 **EDAD** 34 **PESO** 92 **TALLA** 1,74

ÁREA: Aire Acondicionado **CARGO:** Ing Residente

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	~~SI~~		NO	
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Yeyson Gonzalez.
1128990759.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 5 | 11 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Yeison Gonzalez Jaramillo **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1123994759 **EDAD** 38 **PESO** 80 **TALLA** 1.72

ÁREA: Operativa **CARGO:** Profesional SST.

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Marlon Villarreal Silvera.
1065827795.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 05 | 11 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Marlon Villarreal S. **GÉNERO** F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065827795 **EDAD** 28 **PESO** 78 **TALLA** 1.74

ÁREA: operativo **CARGO:** Tecnico.

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codos	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	/	Hernia discal	SI		NO	/

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	/
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	/

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	/	Antebrazo	SI		NO	/
Manos	SI		NO	/	Columna	SI		NO	/
Piernas	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

Enfermedades del corazón	SI		NO	/	Diabetes	SI		NO	/
Hipertensión arterial	SI		NO	/	Colesterol alto	SI		NO	/

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** /

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** /

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	/
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	/
Realiza alguna actividad física	/		NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	/

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Jairo Ochoa
1065 827783

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 05 | 11 | 24 Encuesta N° ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Jairo ochoa C. GÉNERO F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065827783 EDAD 28 PESO 84 TALLA 170

ÁREA: Operativa CARGO: Tecnico

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	X	Hombros	SI		NO	X
Codos	SI		NO	X	Espalda baja	SI		NO	X
Espalda alta	SI		NO	X	Muñecas	SI		NO	X
Dedos	SI		NO	X	Rodillas	SI		NO	X
Tobillos	SI		NO	X	Pies	SI		NO	X

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	X
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	X

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	X
Reumatismo	SI		NO	X
Osteoporosis	SI		NO	X
Osteoartritis	SI		NO	X

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	X	Tendinitis	SI		NO	X
Bursitis	SI		NO	X	Esguinces	SI		NO	X

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	NO	Hernia discal	SI		NO	NO

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	NO
Epilepsia	SI		NO	NO
Trombosis	SI		NO	NO

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	NO	Antebrazo	SI		NO	NO
Manos	SI		NO	NO	Columna	SI		NO	NO
Piernas	SI		NO	NO	Pies	SI		NO	NO

Enfermedades del corazón	SI		NO	NO	Diabetes	SI		NO	NO
Hipertensión arterial	SI		NO	NO	Colesterol alto	SI		NO	NO

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** NO

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** NO

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	NO
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	NO
Realiza alguna actividad física	SI		NO	NO
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Luis Fernando
1063963129

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 05 (D) 07 (M) 2024 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Luis Carlos Fuentes **GÉNERO** F [ ] M [✓]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1063 963 129 **EDAD** 34 **PESO** 60 **TALLA** 1.65

ÁREA: Operativa **CARGO:** oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Jhon C. Munive
1970197.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 05 | 11 | 24 **Encuesta N°**

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Jhon C. Muñoz R **GÉNERO** F [ ] M [X]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 19707197 **EDAD** 44 **PESO** 63 **TALLA** 180

ÁREA: Operativa **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. 4247873

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 31 | 10 | 24 **Encuesta N°** ☐

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Jonet **GÉNERO** F ☐ M ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 4247873 **EDAD** 52 **PESO** 68 **TALLA** 169

ÁREA: Operativa **CARGO:** OFICIAL.

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO		Esguinces	SI		NO	

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador: José Perez

1065816751

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 31 | 10 | 24 **Encuesta N°** ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: José gabriel perez gomez **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1065816 752 **EDAD** 29 **PESO** 65 **TALLA** 175

ÁREA: operativa **CARGO:** Ayudante

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI	✓	NO	
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Reynel Ramos
3590842

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 31 | 10 | 24 **Encuesta N°** ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Rayner Ramirez **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 3590842 **EDAD** 33 **PESO** 74 **TALLA** 1.68

ÁREA: Operativa **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO**_____

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** X

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza alguna actividad física	SI	✓	NO	
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Juan Perez

77186733

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 30 | 10 | 24 **Encuesta N°** ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Juan C Perez M. **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 72.186.737 **EDAD** 48 **PESO** 73K **TALLA** 173

ÁREA: Operativa **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	/	Hombros	SI		NO	/
Codos	SI		NO	/	Espalda baja	SI		NO	/
Espalda alta	SI		NO	/	Muñecas	SI		NO	/
Dedos	SI		NO	/	Rodillas	SI		NO	/
Tobillos	SI		NO	/	Pies	SI		NO	/

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	/
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	/
Reumatismo	SI		NO	/
Osteoporosis	SI		NO	/
Osteoartritis	SI		NO	/

b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	/	Tendinitis	SI		NO	/
Bursitis	SI		NO	/	Esguinces	SI		NO	/

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

c) Enfermedades de la columna vertebral como:

Escoliosis	SI		NO	✓	Hernia discal	SI		NO	✓

d) Enfermedades del cerebro como:

Derrames	SI		NO	✓
Epilepsia	SI		NO	✓
Trombosis	SI		NO	✓

4. Ha sufrido fracturas en:

Brazos	SI		NO	✓	Antebrazo	SI		NO	✓
Manos	SI		NO	✓	Columna	SI		NO	✓
Piernas	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

Enfermedades del corazón	SI		NO	✓	Diabetes	SI		NO	✓
Hipertensión arterial	SI		NO	✓	Colesterol alto	SI		NO	✓

5. ¿Tiene diagnóstico de enfermedad osteomuscular? **SI** _____ **NO** ✓

¿Cuál? _____

6. Tiene problemas visuales: **SI** _____ **NO** ✓

¿Cual? _____

7. Hábitos:

Es fumador	SI		NO	✓
Ingiere bebidas alcohólicas	SI		NO	✓
Realiza alguna actividad física	SI		NO	✓
Otro, ¿Cuál?	SI		NO	✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de trabajador de Consorcio Edificaciones ARL, manifiesto que me explicaron el fin del cuestionario, y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Programas de Promoción y Prevención.

Otorgo en forma libre mi consentimiento en la participación de la ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA.

Firma del trabajador. Gustavo Hernandez

77034823.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cód: FT-HSEQ- 074
	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	Versión: 00
		Fecha: 18/07/2024

Para Consorcio Edificaciones ARL es de gran importancia evaluar las condiciones de salud de sus trabajadores, con el fin de crear espacios y establecer acciones que permitan mejorar y mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Esta información debe ser diligenciada lo más verás posible, la información suministrada es confidencial. Por lo tanto, le solicitamos diligenciar la presente encuesta. Gracias por su amable colaboración.

FECHA 27 | 10 | 24 **Encuesta N°** ____

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO: Gustavo Hernandez **GÉNERO** F ☐ M ☒

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 77034823 **EDAD** 53 **PESO** 91 **TALLA** 174

ÁREA: Operativa **CARGO:** Oficial

MARQUE LA RESPUESTA SELECCIONADA

1. Marque SI o NO, si en los últimos seis (6) meses ha experimentado dolor en alguna de estas partes del cuerpo

Cuello	SI		NO	✓	Hombros	SI		NO	✓
Codos	SI		NO	✓	Espalda baja	SI		NO	✓
Espalda alta	SI		NO	✓	Muñecas	SI		NO	✓
Dedos	SI		NO	✓	Rodillas	SI		NO	✓
Tobillos	SI		NO	✓	Pies	SI		NO	✓

2. En los últimos 6 meses en cualquier momento del día ha sentido:

Adormecimiento, hormigueo en manos	SI		NO	✓
Disminución de fuerza en muñecas o brazos	SI		NO	✓

3. Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

a) Enfermedades de huesos o articulaciones como:

Artritis	SI		NO	✓
Reumatismo	SI		NO	✓
Osteoporosis	SI		NO	✓
Osteoartritis	SI		NO	✓

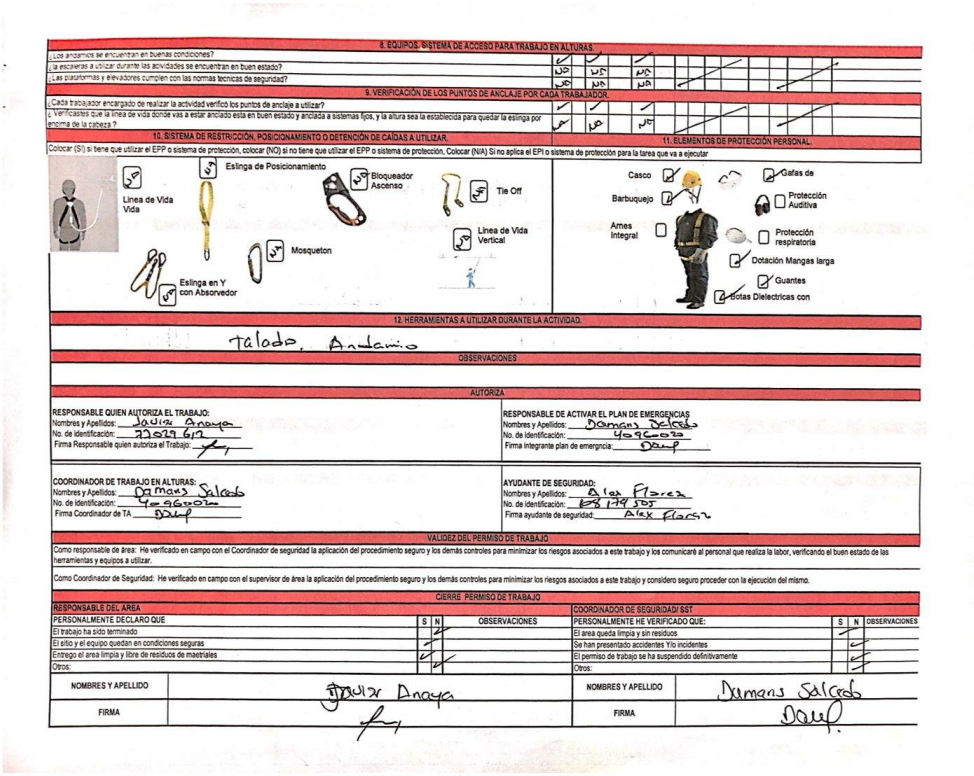
b) Enfermedades de músculo, tendones, o ligamentos como:

Desgarros	SI		NO	✓	Tendinitis	SI		NO	✓
Bursitis	SI		NO	✓	Esguinces	SI		NO	✓

¿Dónde? _____

Powered by CamScanner

ANEXO 15



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

¿Los andamios se encuentran en buenas condiciones?	✓		
¿Las escaleras a utilizar durante las actividades se encuentran en buen estado?	NA	NA	NA
¿Las plataformas y elevadores cumplen con las normas tecnicas de seguridad?	NA	NA	NA

9. VERIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR.

¿Cada trabajador encargado de realizar la actividad verificó los puntos de anclaje a utilizar?	✓	✓	✓
¿ verificaste que la linea de vida donde vas a estar anclado esta en buen estado y anclada a sistemas fijos, y la altura sea la establecida para quedar la eslinga por encima de la cabeza ?	NA	NA	NA

10. SISTEMA DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIENTO O DETENCIÓN DE CAÍDAS A UTILIZAR.

Colocar (SI) si tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, colocar (NO) si no tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, Colocar (N/A) Si no aplica el EPI o sistema de protección para la tarea que va a ejecutar

11. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

12. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD.

Taladro, Andamio

OBSERVACIONES

AUTORIZA

RESPONSABLE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:
Nombres y Apellidos: Javiar Anaya
No. de identificación: 77029 6/1
Firma Responsable quien autoriza el Trabajo:

RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 49[illegible]
Firma integrante plan de emergnia:

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 49[illegible]
Firma Coordinador de TA

AYUDANTE DE SEGURIDAD:
Nombres y Apellidos: Alex Flores
No. de identificación: 88.179.505
Firma ayudante de seguridad: Alex Flores

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD/ SST			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	✓			El area queda limpia y sin residuos	✓		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	✓			Se han presentado accidentes Y/o incidentes		✓	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales	✓			El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		✓	
Otros:		✓		Otros:		✓	
NOMBRES Y APELLIDO	Javiar Anaya			NOMBRES Y APELLIDO	Damaris Salcedo		
FIRMA				FIRMA			

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Cod FT-HSEQ-041 Versión:1.0 Fecha 12/07/2024

OBRA: Construcción de la defensoria del pueblo

1. TIPO DE TRABAJO: Altura- Area hidrosanitaria

CIUDAD: Valledupar- Cesar

PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo

UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7 c calle 16

2. ALTURA APROXIMADA: 2.6 M/S

3. FECHA: 23/11/24

HORA DE INICIO: 7:00 AM

HORA DE FINALIZACIÓN 5:00pm

HERRAMIENTAS A UTILIZAR. Taladro, Andamio

ACTIVIDAD A REALIZAR Instalación de tuberia hidraulica y Red contra incendio.

ACTIVIDAD RUTINARIA SI X NO

CONTRATISTA SI X NO CUAL? Tubertec

Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR 3

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	5. CERTIFICADO PARA T A NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	EMO APTO PARA T A NO	FIRMA
Alber Sanjuan	CC	7218440	colpatria	—		31 08 24	—		
Alber Acosta	CC	1081179505	colpatria	✓		25/10/24	✓		
Johan Camilo Solano	CC	1005042738	colpatria	✓		01/09/24	✓		

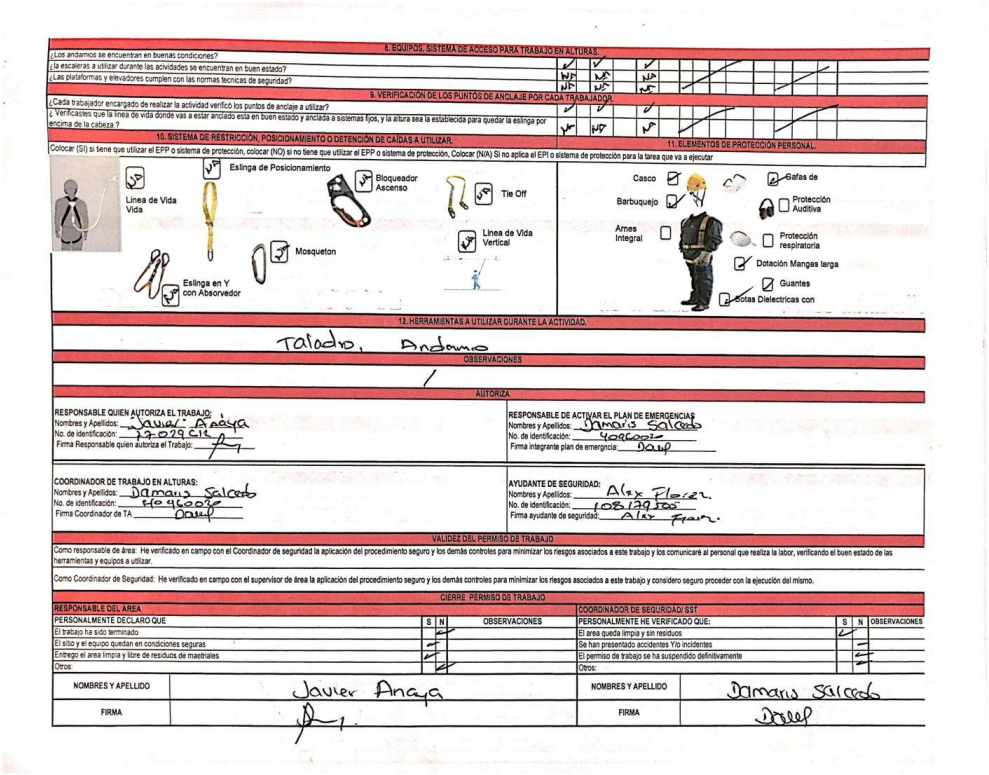
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se organizan areas de trabajo, se inspeccionan herramientas, EPP, Sistema de acceso Se Socializa ATS, Se inicia la actividad Al finalizar se realiza aseo.

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓									
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓										
¿La lineas de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada?	NA		NA		NA										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	SI		SI		SI										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓										
¿Hay cantidad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓										
¿Existen lineas o equipos electricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓									
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓										
Existe formato de analisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medicambientales?	✓		✓		✓										
¿fue comunicado o se informo al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosferica (viento, lluvia, etc) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓										
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓									
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

¿Los andamios se encuentran en buenas condiciones?	✓		✓			✓													
¿Las escaleras a utilizar durante las actividades se encuentran en buen estado?	NA		NA			NA													
¿Las plataformas y elevadores cumplen con las normas tecnicas de seguridad?	NA		NA			NA													

9. VERIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR

¿Cada trabajador encargado de realizar la actividad verificó los puntos de anclaje a utilizar?	✓		✓			✓													
¿ Verificastes que la linea de vida donde vas a estar anclado esta en buen estado y anclada a sistemas fijos, y la altura sea la establecida para quedar la eslinga por encima de la cabeza ?	NA		NA			NA													

10. SISTEMA DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIENTO O DETENCIÓN DE CAÍDAS A UTILIZAR.

Colocar (SI) si tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, colocar (NO) si no tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, Colocar (N/A) Si no aplica el EPI o sistema de protección para la tarea que va a ejecutar

11. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

12. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD.

Taladro, Andamio

OBSERVACIONES

/

AUTORIZA

RESPONSABLE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:
Nombres y Apellidos: Javier Anaya
No. de identificación: 79.029.618
Firma Responsable quien autoriza el Trabajo:

RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 40960032
Firma integrante plan de emergncia: Dsalc

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 40960032
Firma Coordinador de TA: Dsalc

AYUDANTE DE SEGURIDAD:
Nombres y Apellidos: Alex Flecer.
No. de identificación: 1083179705
Firma ayudante de seguridad: Alex Fleer.

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD/ SST			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	✓			El area queda limpia y sin residuos	✓		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	✓			Se han presentado accidentes Y/o incidentes		✓	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales	✓			El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		✓	
Otros:		✓		Otros:		✓	
NOMBRES Y APELLIDO	Javier Anaya			NOMBRES Y APELLIDO	Damaris Salcedo		
FIRMA				FIRMA	Dsalc		

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Cod FT-HSEQ-041 | Versión:1.0 | Fecha 12/07/2024

OBRA: construcción de la defensoría del pueblo | 1. TIPO DE TRABAJO: Altura - Area hidrosanitaria

CIUDAD: Valledupar- Cesar | PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo

UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c calle 36 | 2. ALTURA APROXIMADA: 2,0MTS

3. FECHA: 22/11/24 | HORA DE INICIO: 7:00 AM. | HORA DE FINALIZACIÓN 5:00 pm

HERRAMIENTAS A UTILIZAR: taladro, Andamio

ACTIVIDAD A REALIZAR: instalacion de tuberia hidraulica y Red contra incendio | ACTIVIDAD RUTINARIA SI ✓ NO

CONTRATISTA SI ✓ NO | CUAL? Tuberia | Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR 3

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Jhacobs salcedo r	cc	1065042138	colpatria	—		01/09/24	—		
Hector Suarez	cc	77/814.603	colpatria	—		31 08 24	—		
Abr flores	cc	1021391504	colpatria	—		15/10/24	✓		

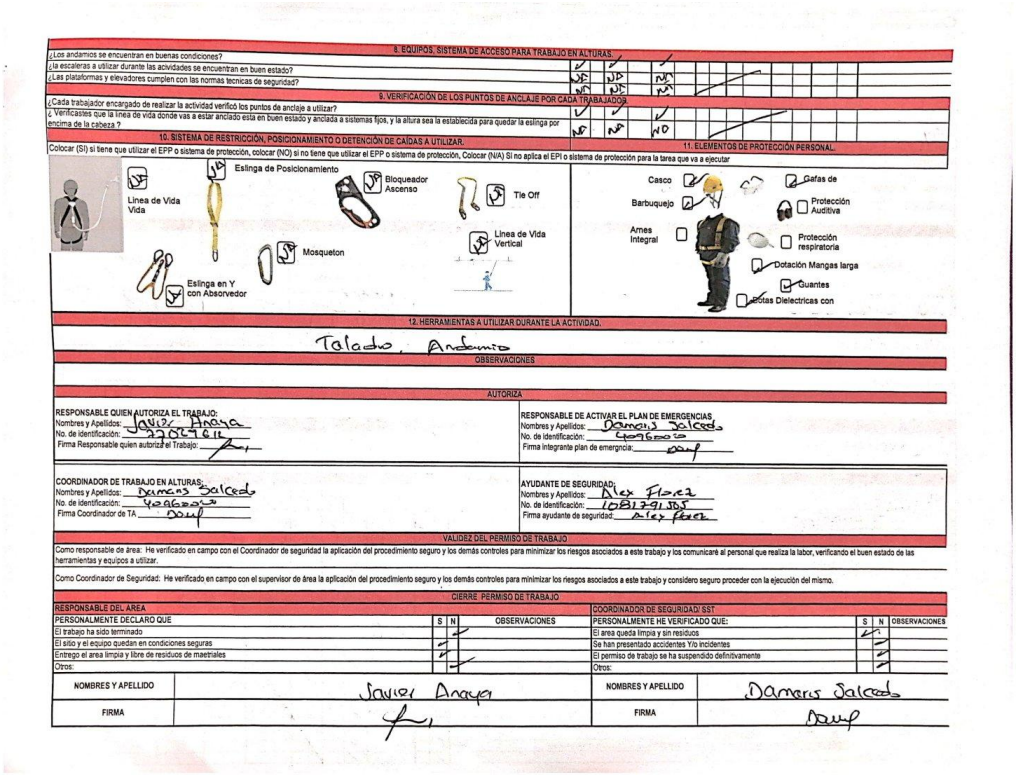
8. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas a utilizar, sistema de acceso. Se socializa ATS. Se inica la actividad al finalizar la jornada laboral se organizan area

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

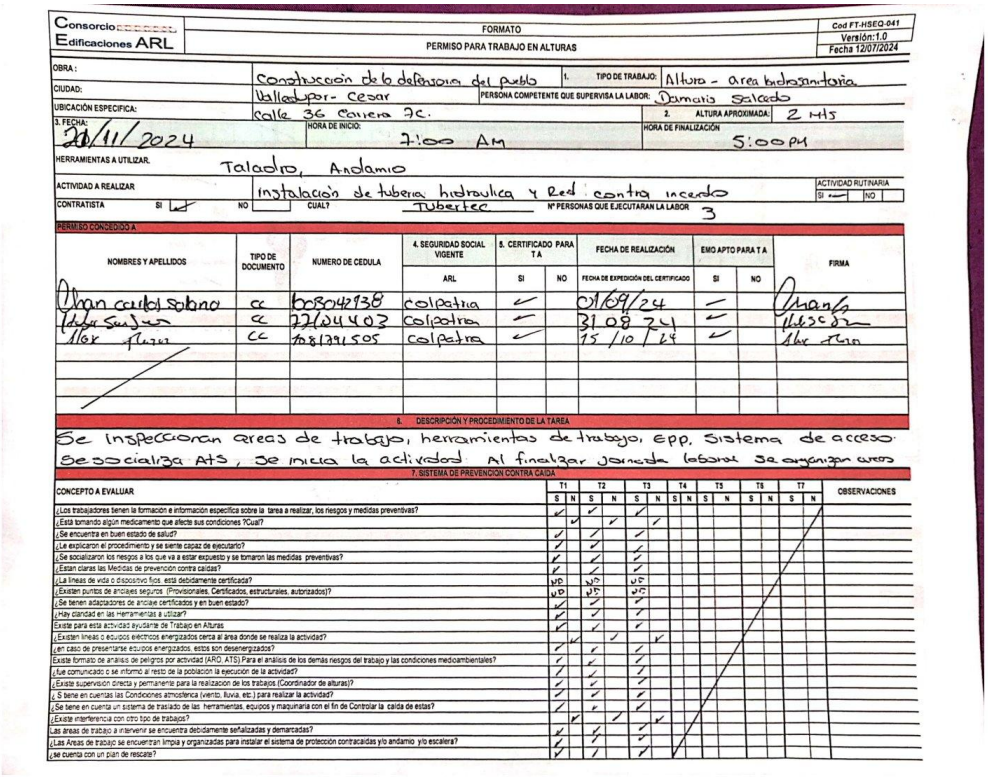
CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información específica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓									
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caídas?	✓		✓		✓										
¿La líneas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	ND		ND		ND										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	ND		ND		ND										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓										
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓										
¿Existen líneas o equipos electricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓									
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓										
Existe formato de analisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓										
¿fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ Si tiene en cuentas las Condiciones atmosferica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓										
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓									
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

| | | |



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041, Versión:1.0, Fecha 12/07/2024

OBRA: Construcción de la defensoría del pueblo — 1. TIPO DE TRABAJO: Altura - area hidrosanitaria
CIUDAD: Valledupar- Cesar — PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo
UBICACIÓN ESPECIFICA: calle 36 carrera 7c. — 2. ALTURA APROXIMADA: 2 mts
3. FECHA: 20/11/2024 — HORA DE INICIO: 7:00 AM — HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00PM
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, Andamio
ACTIVIDAD A REALIZAR: instalación de tuberia hidraulica y Red contra incendio — ACTIVIDAD RUTINARIA: SI / NO
CONTRATISTA: SI ✓ NO — CUAL? Tubertec — Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 3

PERMISO CONCEDIDO A:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Juan camilo sobna	cc	1065042938	colpatria	✓		01/09/24	✓		
[illegible]	cc	77104403	colpatria	✓		31 08 24	✓		
Nor [illegible]	cc	1081791505	colpatria	✓		15 / 10 / 24	✓		

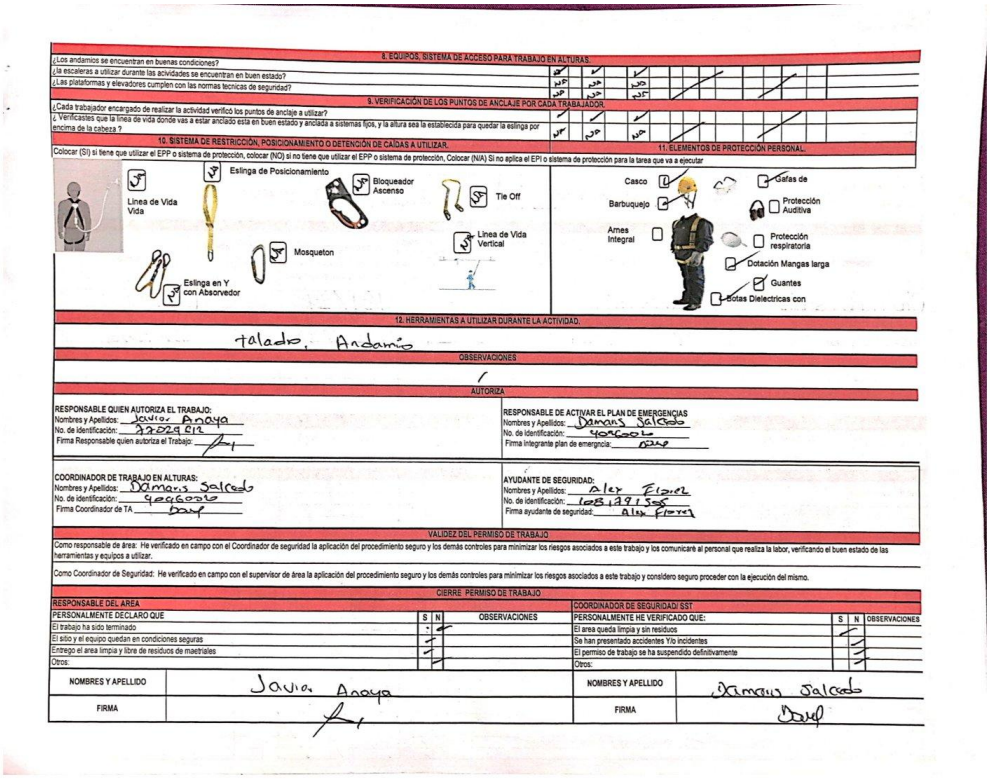
8. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas de trabajo, EPP, Sistema de acceso. Se socializa ATS, se inicia la actividad. Al finalizar jornada laboral se organizan areas

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓									
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓										
¿La líneas de vida o dispositivo fijos. está debidamente certificada?	N/D		N/D		N/D										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	N/D		N/D		N/D										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓										
¿Hay claridad en las herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓										
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al area donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓									
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓										
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓										
¿Fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervision directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosferica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓										
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓									
Las areas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

| | | |

Consorcio Edificaciones ARL

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Cod FT-HSEQ-041 Versión:1.0 Fecha 12/07/2024

OBRA: Construcción de la defensoría del Pueblo

CIUDAD: Valledupar- Cesar

UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c calle 36

1. TIPO DE TRABAJO: Altura- Area hidrosanitaria

PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo

2. ALTURA APROXIMADA: 2.0 Mts

3. FECHA: 20/11/2024

HORA DE INICIO: 7:00 AM

HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00pm

HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, Andamio

ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tuberia hidraulica y Red contra incendio

ACTIVIDAD RUTINARIA SI ✓ NO

CONTRATISTA SI ✓ NO CUAL? Tubertec

Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Juan carlos Solano	CC	1003042938	colpatria	—		01/09/24	—		
Wilson Sanjuan	CC	77101443	colpatria	—		31/08/24	—		
Alex Florez	CC	1081491505	colpatria	—		15/10/24	✓		

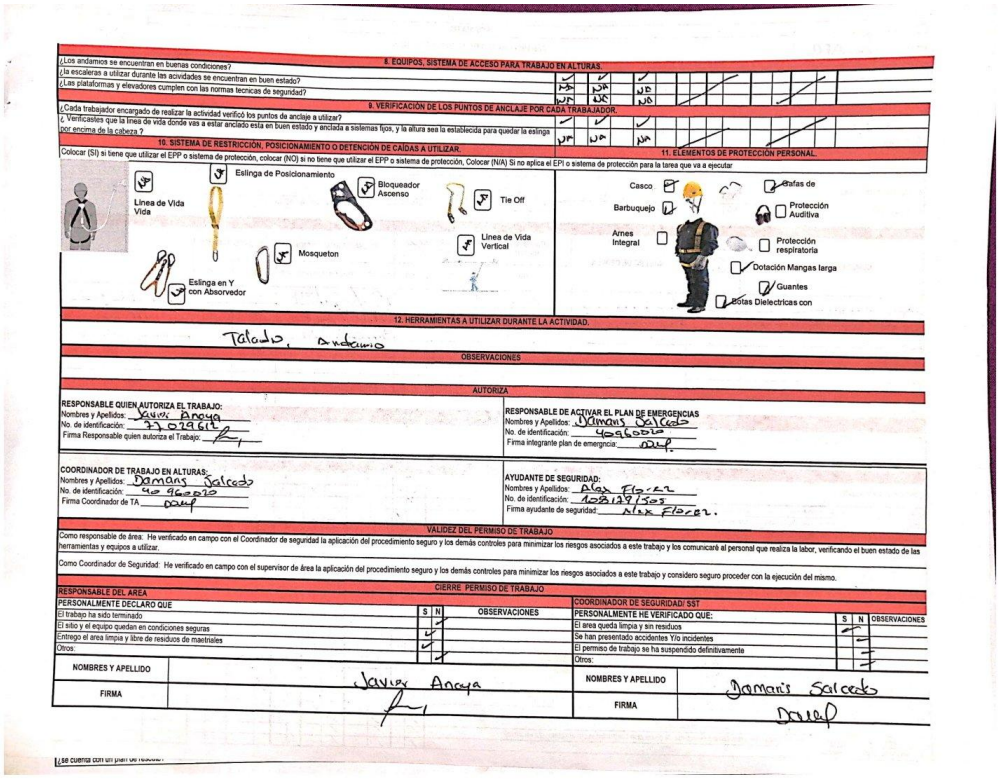
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas a utilizar, EPP, sistemas de acceso, se socializa ATS, se inicia actividad. Al finalizar la jornada laboral se organizan areas.

7. SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓									
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓										
¿La líneas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	NA		NA		NA										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	NA		NA		NA										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓										
¿Hay cantidad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓										
¿Existen líneas o equipos electricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓									
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓										
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓										
¿fue comunicado o se informo al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ Si tiene en cuentas las Condiciones atmosferica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓										
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓									
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

¿Los andamios se encuentran en buenas condiciones?	✓	✓	
¿Las escaleras a utilizar durante las acividades se encuentran en buen estado?	NA	NA	NO
¿Las plataformas y elevadores cumplen con las normas tecnicas de seguridad?	NA	NA	NO

9. VERIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR.

¿Cada trabajador encargado de realizar la actividad verificó los puntos de anclaje a utilizar?	✓	✓	
¿ Verificasteis que la linea de vida donde vas a estar anclado esta en buen estado y anclada a sistemas fijos, y la altura sea la establecida para quedar la eslinga por encima de la cabeza ?	NA	NA	NA

10. SISTEMA DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIENTO O DETENCIÓN DE CAÍDAS A UTILIZAR.

Colocar (SI) si tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, colocar (NO) si no tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, Colocar (N/A) Si no aplica el EPI o sistema de protección para la tarea que va a ejecutar

- Línea de Vida Vida
- Eslinga de Posicionamiento
- Bloqueador Ascenso
- Tie Off
- Línea de Vida Vertical
- Mosqueton
- Eslinga en Y con Absorvedor

11. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

- Casco
- Barbuquejo
- Arnes Integral
- Gafas de
- Protección Auditiva
- Protección respiratoria
- Dotación Mangas larga
- Guantes
- Botas Dielectricas con

12. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD.

Taladro, Andamio

OBSERVACIONES

AUTORIZA

RESPONSABLE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:
Nombres y Apellidos: Javier Anaya
No. de identificación: 77.029.612
Firma Responsable quien autoriza el Trabajo:

RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 49.960.020
Firma integrante plan de emergncia: DSalcedo

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 49.960.020
Firma Coordinador de TA: DSalcedo

AYUDANTE DE SEGURIDAD:
Nombres y Apellidos: Alex Florez
No. de identificación: 1.083.129.503
Firma ayudante de seguridad: Alex Florez.

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado		✓	
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	✓		
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales	✓		
Otros:		✓	

COORDINADOR DE SEGURIDAD/ SST PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El area queda limpia y sin residuos	✓		
Se han presentado accidentes Y/o incidentes		✓	
El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		✓	
Otros:		✓	

NOMBRES Y APELLIDO	Javier Anaya	NOMBRES Y APELLIDO	Damaris Salcedo
FIRMA		FIRMA	DSalcedo

¿Se cuenta con un plan de rescate?

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Cod FT-HSEQ-041 Versión:1.0 Fecha 12/07/2024

OBRA: Construcción de la defensoria del pueblo

CIUDAD: Valledupar- Cesar

UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 9c Calle 36

1. TIPO DE TRABAJO: Altura- Area Hidrosanitaria

PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo

2. ALTURA APROXIMADA: 2. MTS

3. FECHA: 19/11/2024

HORA DE INICIO: 7:00 AM

HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 PM

HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, Andamio

ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalacion de tuberia Hidraulica y Red contra Incendio

ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO

CONTRATISTA: SI ✓ NO CUAL? Tubertec

Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR 3

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Yor Toro	cc	1081791505	Colpatria	✓		10/15/24	✓		Yor Toro
Juan carlos Solano	cc	1003042138	Colpatria	✓		01/09/24	✓		Juan
Wilber Sierra	cc	1143845467	Colpatria	✓		31/08/24	✓		Wilber Sierra

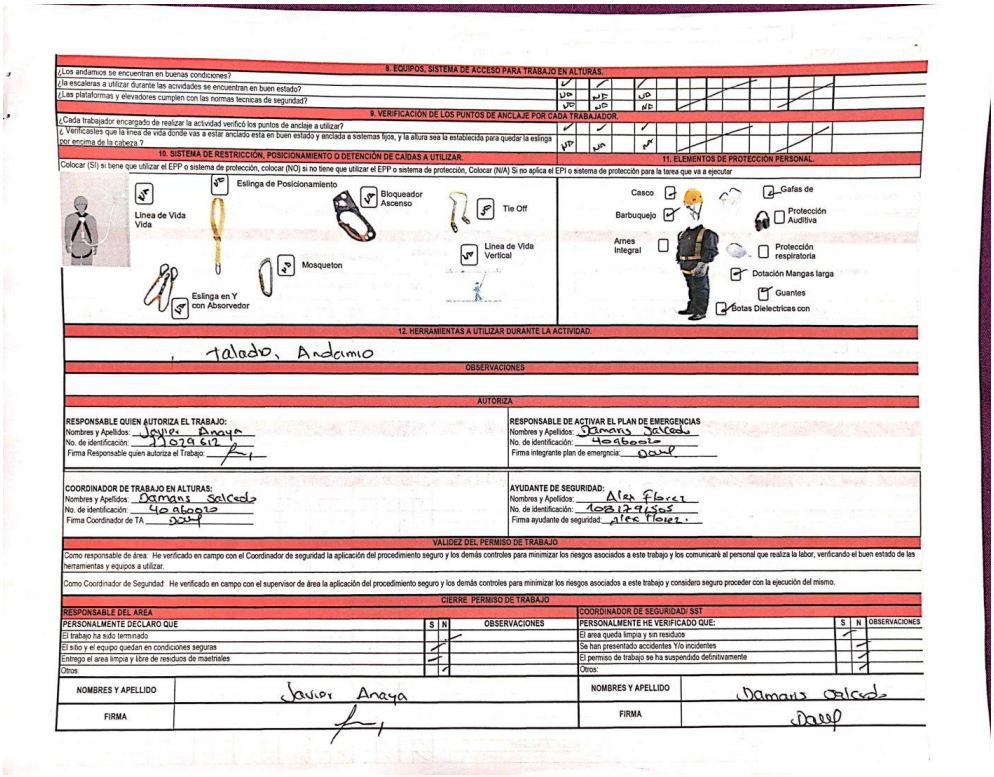
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas de trabajo, EPP, sistema de acceso Se Socializa ATS, Se inicia actividad Al finalizar la Jornada laboral se organizan areas.

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

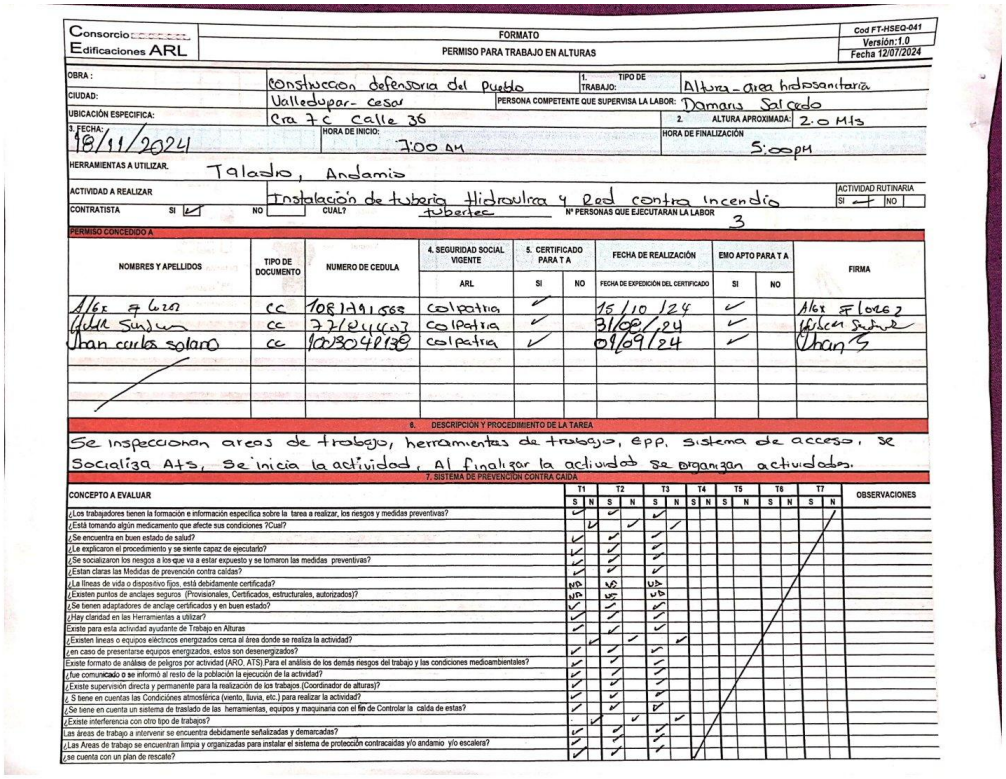
CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información específica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓									
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓										
¿La líneas de vida o dispositivo fijos. está debidamente certificada?	NO		NO		NO										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	NO		NO		NO										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓										
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓										
¿Existen líneas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓									
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓										
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓										
¿Fue comunicado o se informo al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caída de estas?	✓		✓		✓										
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓									
Las areas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

| | | |



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041, Versión:1.0, Fecha 12/07/2024

OBRA: Construccion defensoria del Pueblo
CIUDAD: Valledupar- cesar
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c calle 36
1. TIPO DE TRABAJO: Altura - area hidrosanitaria
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo
2. ALTURA APROXIMADA: 2.0 Mts
3. FECHA: 18/11/2024
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00PM
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, Andamio
ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tuberia Hidraulica y Red contra incendio
ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO
CONTRATISTA: SI ✓ NO — CUAL? tuberec — Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 3

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	5. CERTIFICADO PARA T A NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	EMO APTO PARA T A NO	FIRMA
Alex Florez	cc	1081491568	colpatria	✓		15/10/24	✓		Alex Florez
Yulie Suniga	cc	77124467	colpatria	✓		31/08/24	✓		Yulie Suniga
Juan carlos solano	cc	1003048138	colpatria	✓		09/09/24	✓		Juan S

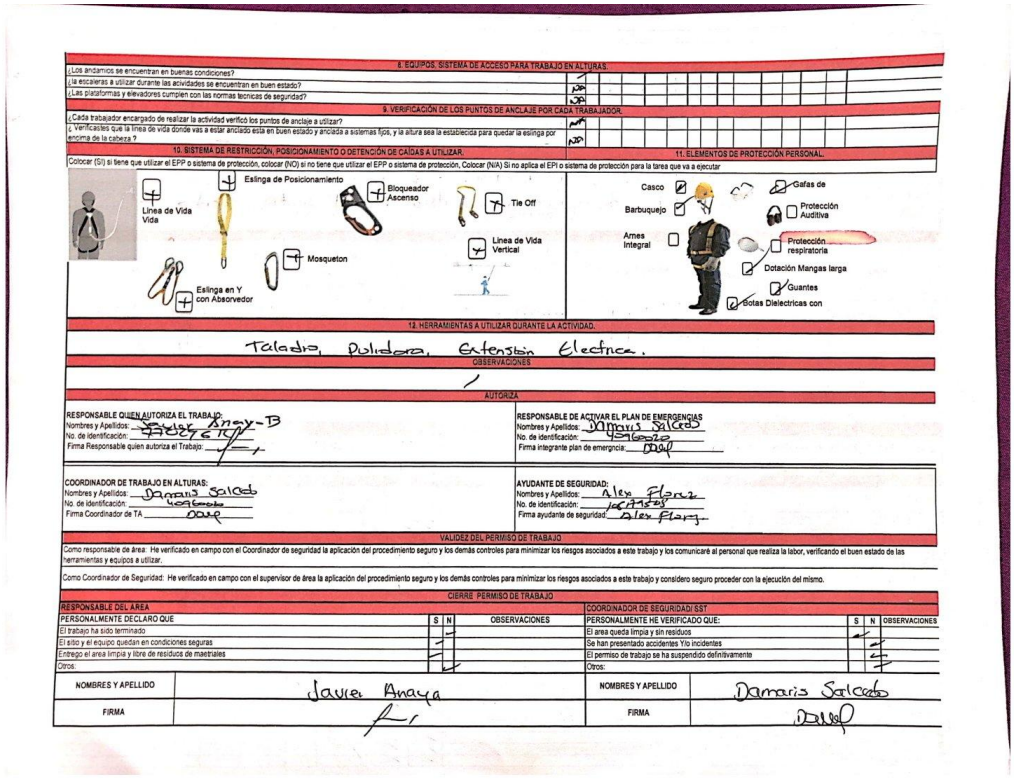
8. DESCRIPCION Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas de trabajo, epp. sistema de acceso, se Socializa ATS, se inicia la actividad. Al finalizar la actividad se organizan actividades.

7. SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓									
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caídas?	✓		✓		✓										
¿La líneas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	NA		NA		NA										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	NA		NA		NA										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓										
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓										
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓									
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓										
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓										
¿fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ S tiene en cuentas las Condiciónes atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caída de estas?	✓		✓		✓										
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓									
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

¿Los andamios se encuentran en buenas condiciones?	
¿La escaleras a utilizar durante las actividades se encuentran en buen estado?	
¿Las plataformas y elevadores cumplen con las normas técnicas de seguridad?	

9. VERIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR.

¿Cada trabajador encargado de realizar la actividad verificó los puntos de anclaje a utilizar?	
¿ Verificastes que la línea de vida donde vas a estar anclado esta en buen estado y anclada a sistemas fijos, y la altura sea la establecida para quedar la eslinga por encima de la cabeza ?	

10. SISTEMA DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIENTO O DETENCIÓN DE CAÍDAS A UTILIZAR.

Colocar (SI) si tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, colocar (NO) si no tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, Colocar (N/A) Si no aplica el EPI o sistema de protección para la tarea que va a ejecutar

Línea de Vida Vida
Eslinga de Posicionamiento
Bloqueador Ascenso
Tie Off
Línea de Vida Vertical
Mosqueton
Eslinga en Y con Absorvedor

11. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

Casco
Barbuquejo
Arnes Integral
Gafas de
Protección Auditiva
Protección respiratoria
Dotación Mangas larga
Guantes
Botas Dielectricas con

12. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD.

Taladro, Pulidora, Extensión Electrica.

OBSERVACIONES

/

AUTORIZA

RESPONSABLE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:
Nombres y Apellidos: Javier Anaya-B
No. de identificación: 1065[illegible]
Firma Responsable quien autoriza el Trabajo:

RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 4916020
Firma integrante plan de emergencia:

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 4916020
Firma Coordinador de TA:

AYUDANTE DE SEGURIDAD:
Nombres y Apellidos: Alex Florez
No. de identificación: 1047[illegible]
Firma ayudante de seguridad: Alex Florez

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

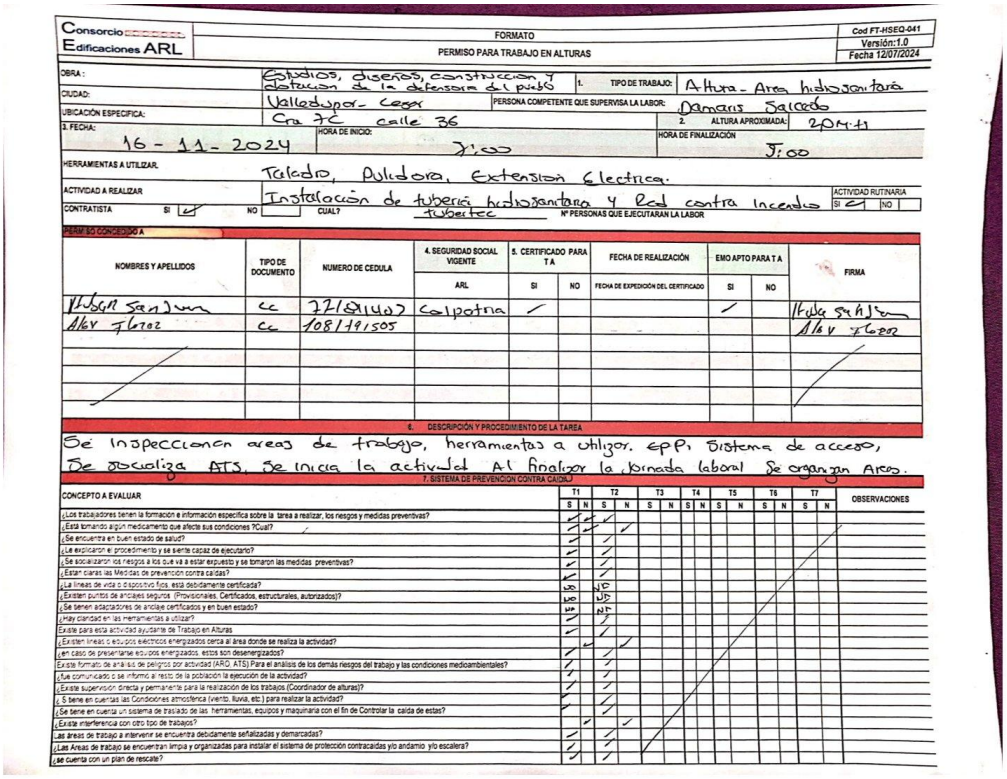
Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD/ SST			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado				El area queda limpia y sin residuos			
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras				Se han presentado accidentes Yo incidentes			
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales				El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente			
Otros:				Otros:			
NOMBRES Y APELLIDO	Javier Anaya			NOMBRES Y APELLIDO	Damaris Salcedo		
FIRMA				FIRMA			

Powered by CamScanner



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041, Versión:1.0, Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseños, construccion y dotacion de la defensoria del pueblo
CIUDAD: Valledupar- Cesar
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7C calle 36
1. TIPO DE TRABAJO: Altura - Area hidrosanitaria
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo
2. ALTURA APROXIMADA: 2.04 mts
1. FECHA: 16 - 11 - 2024
HORA DE INICIO: 7:00
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, Pulidora, Extension Electrica.
ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tuberia hidrosanitaria y Red contra Incendio
ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO
CONTRATISTA: SI ✓ NO — CUAL? Tubertec
Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	5. CERTIFICADO PARA T A NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	EMO APTO PARA T A NO	FIRMA
Wilson Sanjuan	cc	77168140?	Colpatria	✓			✓		
Alex Tejada	cc	1081491505							

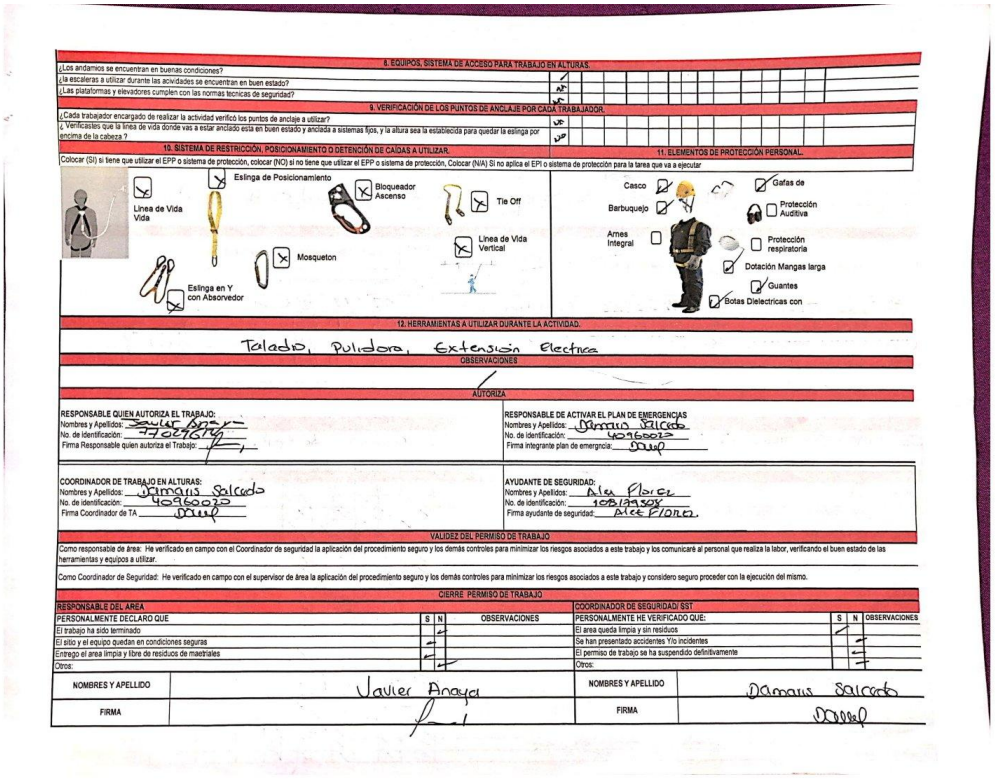
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas a utilizar. EPP, Sistema de acceso, Se socializa ATS. Se inicia la actividad Al finalizar la jornada laboral se organizan Areas.

7. SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓												
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓											
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓												
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓												
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓												
¿Están claras las Medidas de prevención contra caídas?	✓		✓												
¿La líneas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	NO		NO												
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	SI		SI												
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	NA		NA												
¿Hay claridad en las herramientas a utilizar?	✓		✓												
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓												
¿Existen lineas o equipos electricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓											
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓												
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓												
¿Fue comunicado o se informo al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓												
¿Existe supervisión Directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓												
¿ Se tiene en cuentas las Condiciones atmosferica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓												
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓												
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓											
¿Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓												
¿Las Áreas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓												
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓												

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

¿Los andamios se encuentran en buenas condiciones?	NP
¿la escaleras a utilizar durante las acividades se encuentran en buen estado?	NP
¿Las plataformas y elevadores cumplen con las normas tecnicas de seguridad?	NP

9. VERIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR.

¿Cada trabajador encargado de realizar la actividad verificó los puntos de anclaje a utilizar?	NP
¿ Verificaste que la línea de vida donde vas a estar anclado está en buen estado y anclada a sistemas fijos, y la altura sea la establecida para quedar la eslinga por encima de la cabeza ?	NP

10. SISTEMA DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIENTO O DETENCIÓN DE CAIDAS A UTILIZAR.

Colocar (SI) si tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, colocar (NO) si no tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, Colocar (N/A) Si no aplica el EPI o sistema de protección para la tarea que va a ejecutar

- [X] Linea de Vida Vida
- [X] Eslinga de Posicionamiento
- [X] Bloqueador Ascenso
- [X] Tie Off
- [X] Linea de Vida Vertical
- [X] Mosqueton
- [X] Eslinga en Y con Absorvedor

11. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

- [X] Casco
- [X] Gafas de
- [X] Barbuquejo
- [ ] Protección Auditiva
- [ ] Arnes Integral
- [ ] Protección respiratoria
- [X] Dotación Mangas larga
- [X] Guantes
- [X] Botas Dieléctricas con

12. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD.

Taladro, Pulidora, Extensión Electrica

OBSERVACIONES

AUTORIZA

RESPONSABLE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:
Nombres y Apellidos: Javier Anaya
No. de identificación: 79267674
Firma Responsable quien autoriza el Trabajo:

RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 40960075
Firma integrante plan de emergencia:

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 40960075
Firma Coordinador de TA

AYUDANTE DE SEGURIDAD:
Nombres y Apellidos: Alex Florez
No. de identificación: 1081393078
Firma ayudante de seguridad: Alex Florez.

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

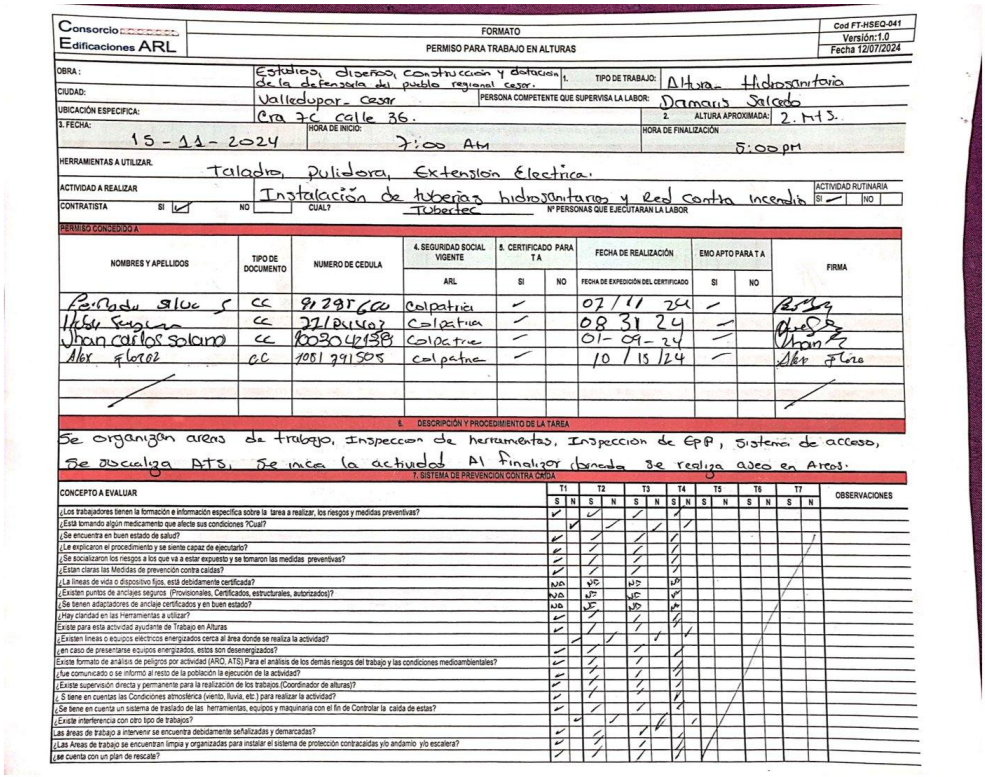
Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD/ SST			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	✓			El area queda limpia y sin residuos	✓		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	✓			Se han presentado accidentes Y/o incidentes		✓	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales	✓			El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		✓	
Otros:				Otros:			
NOMBRES Y APELLIDO	Javier Anaya			NOMBRES Y APELLIDO	Damaris Salcedo		
FIRMA				FIRMA			

Powered by CamScanner



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041, Versión:1.0, Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseños, construcción y dotación de la defensa del pueblo regional cesar.
CIUDAD: Valledupar- cesar
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c calle 36.
1. TIPO DE TRABAJO: Altura- hidrosanitario
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo
2. ALTURA APROXIMADA: 2. MTS.
3. FECHA: 15-11-2024
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, pulidora, Extension Electrica.
ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tuberias hidrosanitarias y red contra incendio
ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO
CONTRATISTA: SI ✓ NO CUAL? Tubertec
Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Ronaldo Silva S	cc	91291600	Colpatria	✓		07/11/24	✓		
Hebert Segura	cc	77.0114.02	Colpatria	✓		08 31 24	✓		
Juan carlos solano	cc	1003041398	Colpatria	✓		01-09-24	✓		
Alex Florez	cc	1081291505	colpatria	✓		10/15/24	✓		

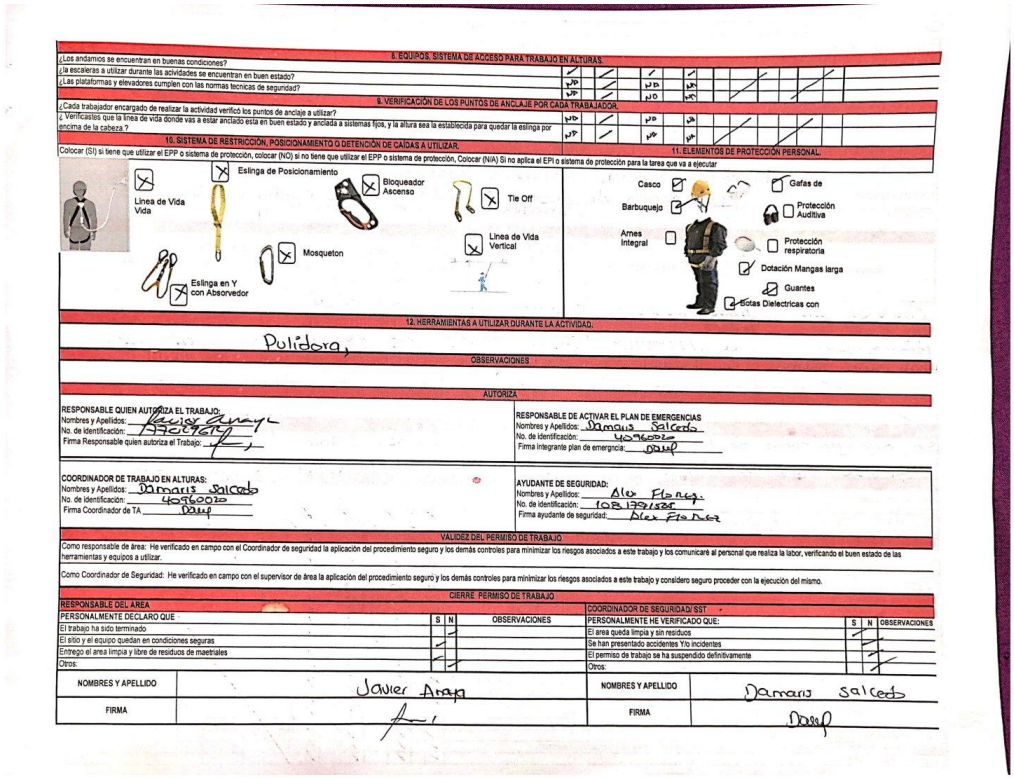
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se organizan areas de trabajo, Inspeccion de herramientas, Inspeccion de EPP, sistema de acceso, Se socializa ATS, Se inca la actividad Al finalizar labores se realiza aseo en Areas.

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓		✓							
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓		✓								
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓		✓								
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓		✓								
¿La lineas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	NA		NC		NC		NC								
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	NA		NC		NC		NC								
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	NA		NC		NC		NC								
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓		✓								
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓		✓								
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓	✓		✓		✓								
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓		✓								
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓		✓								
¿fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓		✓								
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caída de estas?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓		✓							
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓		✓								
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓		✓								
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓		✓								

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

¿Los andamios se encuentran en buenas condiciones?	✓		✓		✓						
¿Las escaleras a utilizar durante las actividades se encuentran en buen estado?	NA		NA		NA						
¿Las plataformas y elevadores cumplen con las normas tecnicas de seguridad?	NA		NA		NA						

9. VERIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR.

¿Cada trabajador encargado de realizar la actividad verificó los puntos de anclaje a utilizar?	NA		NA		NA						
¿ Verificastes que la linea de vida donde vas a estar anclado esta en buen estado y anclada a sistemas fijos, y la altura sea la establecida para quedar la eslinga por encima de la cabeza ?	NA		NA		NA						

10. SISTEMA DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIENTO O DETENCIÓN DE CAIDAS A UTILIZAR.

Colocar (SI) si tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, colocar (NO) si no tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, Colocar (N/A) Si no aplica el EPI o sistema de protección para la tarea que va a ejecutar

- [X] Linea de Vida Vida
- [X] Eslinga de Posicionamiento
- [X] Bloqueador Ascenso
- [X] Tie Off
- [X] Linea de Vida Vertical
- [X] Mosqueton
- [X] Eslinga en Y con Absorvedor

11. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

- [✓] Casco
- [✓] Barbuquejo
- [ ] Arnes Integral
- [ ] Gafas de
- [ ] Protección Auditiva
- [ ] Protección respiratoria
- [✓] Dotación Mangas larga
- [ ] Guantes
- [✓] Botas Dielectricas con

12. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD:

Pulidora,

OBSERVACIONES

AUTORIZA

RESPONSABLE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:
Nombres y Apellidos: Javier Araya
No. de Identificación: 1920[illegible]
Firma Responsable quien autoriza el Trabajo:

RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de Identificación: 40960020
Firma Integrante plan de emergencia: Dsalc

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de Identificación: 40960020
Firma Coordinador de TA: Dsalc

AYUDANTE DE SEGURIDAD:
Nombres y Apellidos: Alex Flores
No. de Identificación: 108.190.1225
Firma ayudante de seguridad: Alex Flores

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

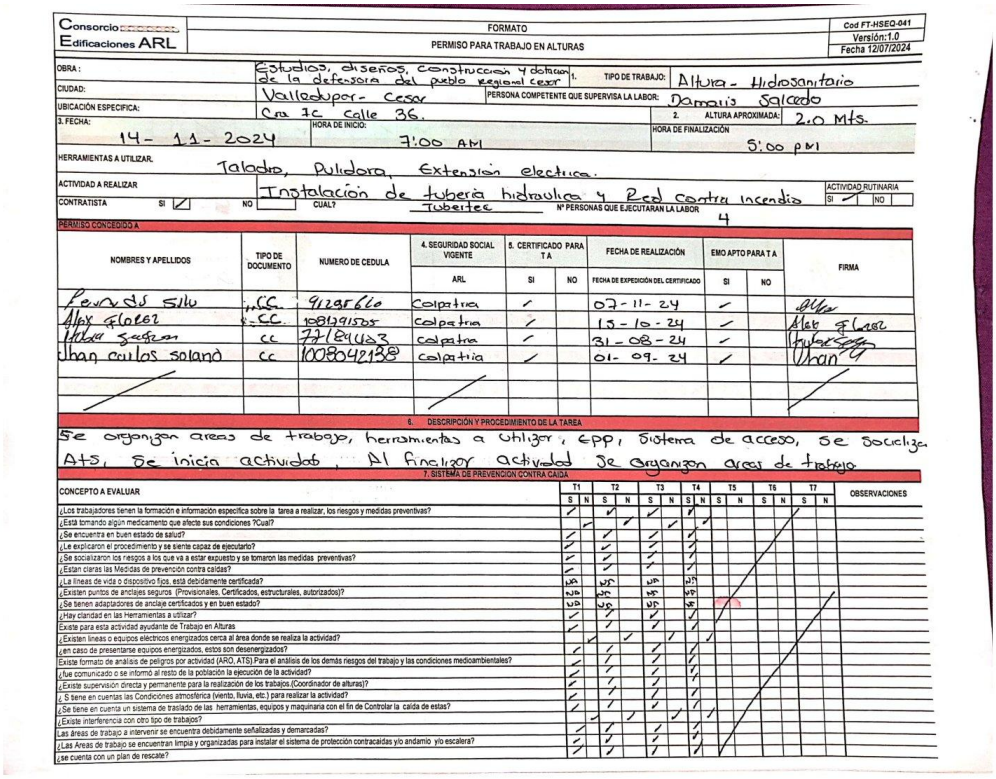
Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD/ SST			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	✓			El area queda limpia y sin residuos	✓		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	✓			Se han presentado accidentes Yo incidentes		✓	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales	✓			El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		✓	
Otros:		✓		Otros:		✓	

NOMBRES Y APELLIDO	Javier Araya	NOMBRES Y APELLIDO	Damaris Salcedo
FIRMA		FIRMA	Dsalc

Powered by CamScanner



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041 Versión:1.0 Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseños, construcción y dotación de la defensora del pueblo regional cesar
TIPO DE TRABAJO: Altura - Hidrosanitario
CIUDAD: Valledupar - Cesar
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c calle 36.
2. ALTURA APROXIMADA: 2.0 Mts.
3. FECHA: 14 - 11 - 2024
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 PM
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, Pulidora, Extensión electrica.
ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tubería hidraulica y Red contra incendios
ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO
CONTRATISTA: SI ✓ NO — CUAL? Tubertec
Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 4

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Fernando Silva	CC.	9129566	Colpatria	✓		07 - 11 - 24	✓		
Alex Florez	CC.	1081991525	Colpatria	✓		15 - 10 - 24	✓		
Yuber Zuleta	CC	77184423	Colpatria	✓		31 - 08 - 24	✓		
Juan Carlos Solano	CC	1008042138	Colpatria	✓		01 - 09 - 24	✓		

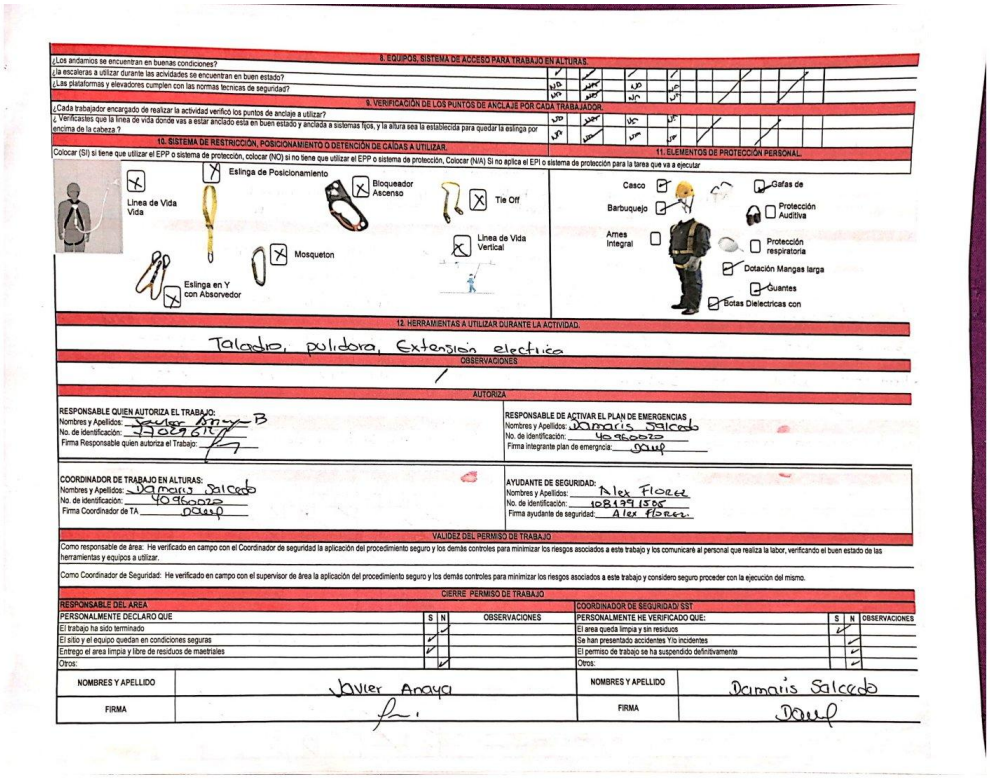
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se organizan areas de trabajo, herramientas a utilizar, epp, sistema de acceso, se socializa ats, se inicia actividad. Al finalizar actividad se organizan areas de trabajo.

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

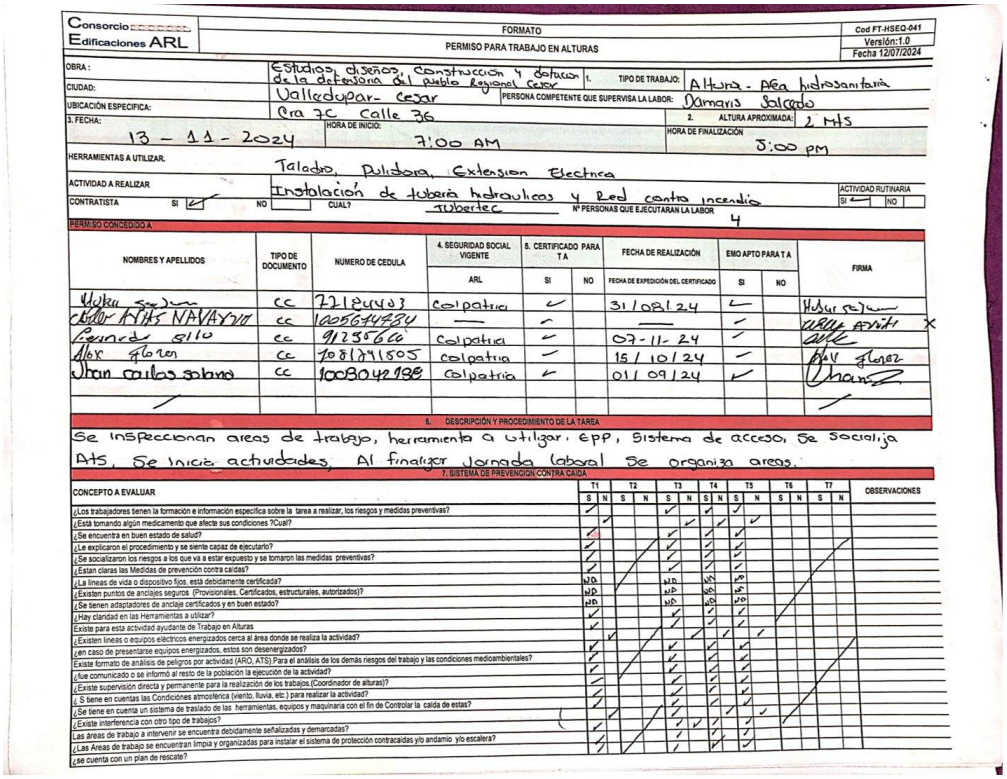
CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓		✓							
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓		✓								
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓		✓								
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓		✓								
¿La lineas de vida o dispositivo fips, está debidamente certificada?	NA		NA		NA		NA								
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	NA		NA		NA		NA								
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	NA		NA		NA		NA								
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓		✓								
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓		✓								
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓		✓							
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓		✓								
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓		✓								
¿fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓		✓								
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓		✓							
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓		✓								
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓		✓								
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓		✓								

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

| | | |



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041 Versión:1.0 Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseños, construccion y dotacion de la defensoria del pueblo Regional Cesar
CIUDAD: Valledupar- cesar
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c Calle 36
1. TIPO DE TRABAJO: Altura - Area hidrosanitaria
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo
2. ALTURA APROXIMADA: 2 Mts
3. FECHA: 13 - 11 - 2024
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 PM
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Talado, Pulidora, Extension Electrica
ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tuberia hidraulicas y Red contra incendio
ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO
CONTRATISTA: SI ✓ NO CUAL? Tubertec
Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 4

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
[illegible]	CC	7218[illegible]03	Colpatria	✓		31/08/24	✓		[illegible]
[illegible]	CC	1005[illegible]4	—	✓		—	✓		[illegible]
[illegible]	CC	9123[illegible]	Colpatria	✓		07-11-24	✓		[illegible]
[illegible]	CC	7081[illegible]505	Colpatria	✓		15/10/24	✓		[illegible]
[illegible]	CC	1008[illegible]198	Colpatria	✓		01/09/24	✓		[illegible]

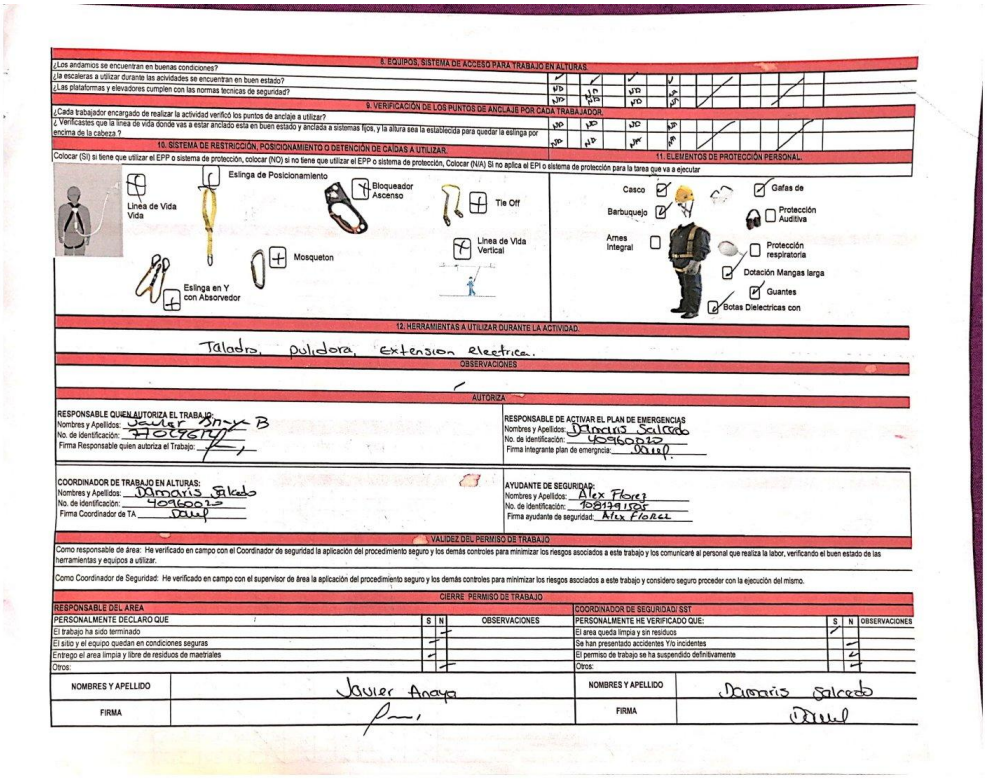
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramienta a utilizar, EPP, Sistema de acceso, Se socializa ATS, Se inicia actividades, Al finalizar Jornada laboral Se organiza areas.

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

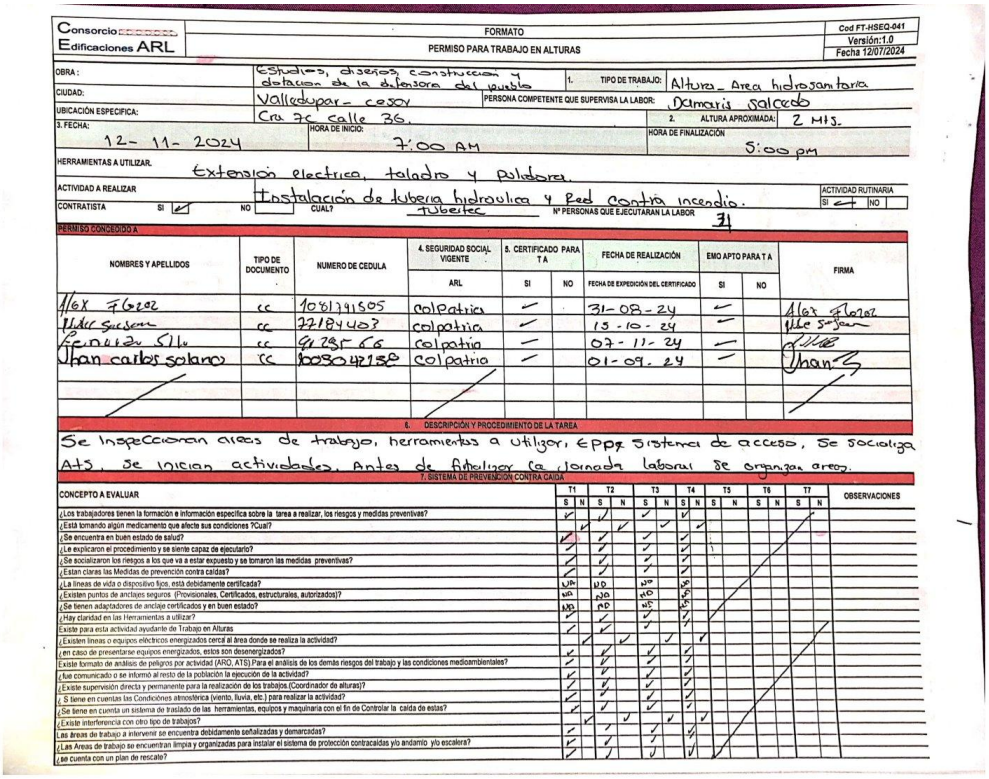
CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓				✓		✓		✓						
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓				✓		✓		✓					
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓				✓		✓		✓						
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓				✓		✓		✓						
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓				✓		✓		✓						
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓				✓		✓		✓						
¿La lineas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	N/A				N/A		N/A		N/A						
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	N/D				N/D		N/D		N/D						
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	N/D				N/D		N/D		N/D						
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓				✓		✓		✓						
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓				✓		✓		✓						
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓				✓		✓		✓					
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓				✓		✓		✓						
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓				✓		✓		✓						
¿fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓				✓		✓		✓						
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)?	✓				✓		✓		✓						
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓				✓		✓		✓						
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓				✓		✓		✓						
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓				✓		✓		✓					
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓				✓		✓		✓						
¿Las Áreas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓				✓		✓		✓						
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓				✓		✓		✓						

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

| | | |



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041, Versión:1.0, Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseños, construccion y
CIUDAD: Valledupar - cesar
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c calle 36.
1. TIPO DE TRABAJO: Altura - Area hidrosanitaria
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris salcedo
2. ALTURA APROXIMADA: 2 MTS.
3. FECHA: 12- 11- 2024
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Extension electrica, taladro y soldadora.
ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tuberia hidraulica y Red contra incendio.
ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO
CONTRATISTA: SI ✓ NO — CUAL? Tubetec
Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 31

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Alex Florez	cc	1061791505	colpatria	✓		31-08-24	✓		Alex Florez
Yiller Sierra	cc	77184403	colpatria	✓		13-10-24	✓		Yiller Sierra
Fernando Silva	cc	91.285.66	colpatria	✓		07-11-24	✓		Fernando Silva
Juan carlos solano	cc	1003042158	colpatria	✓		01-09-24	✓		Juan Solano

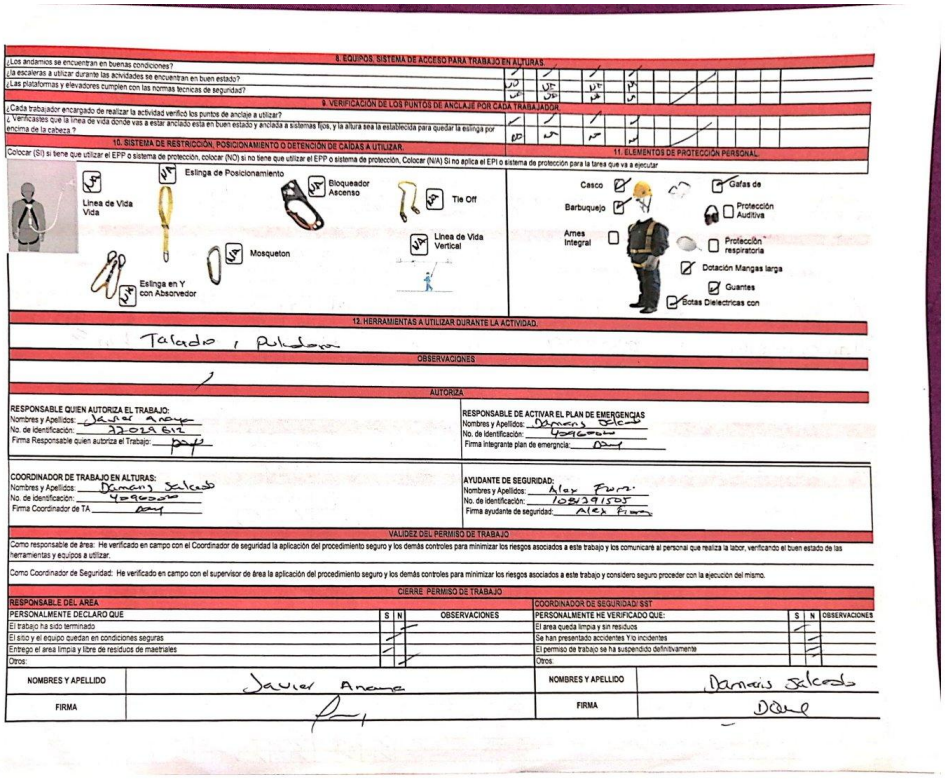
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas a utilizar, EPPs, sistema de acceso, se socializa ATS. se inician actividades. Antes de finalizar la jornada laboral se organizan areas.

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

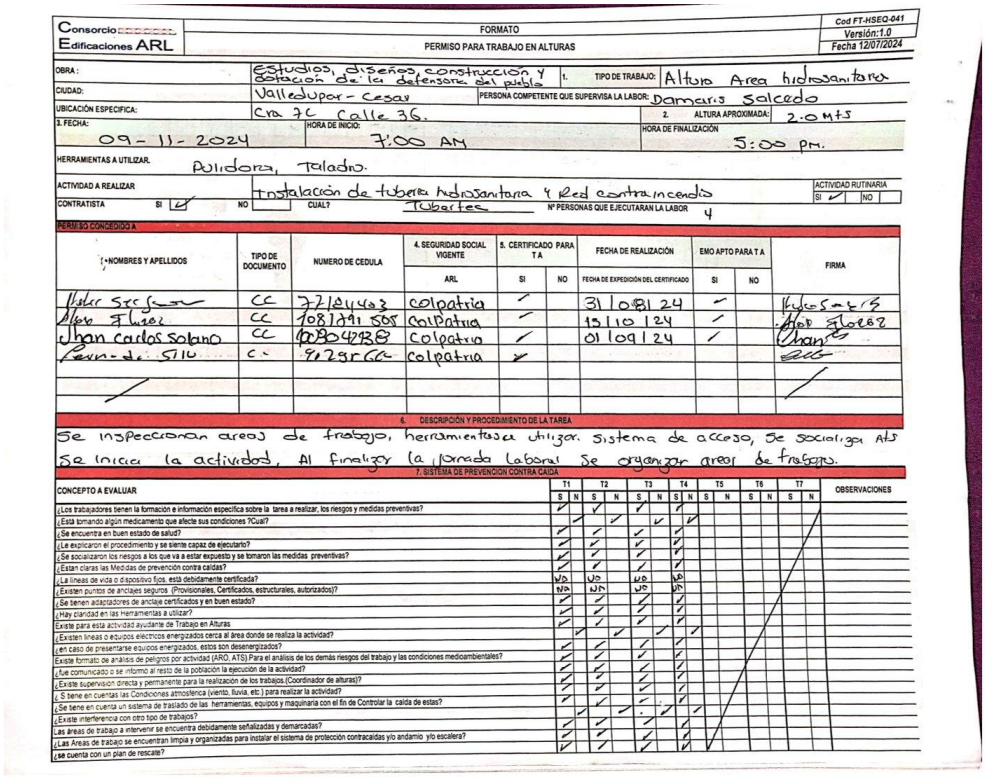
CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓		✓							
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓		✓								
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓		✓								
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓		✓								
¿La lineas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	N/A		N/A		N/A		N/A								
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	N/A		N/A		N/A		N/A								
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	N/A		N/A		N/A		N/A								
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓		✓								
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓		✓								
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al area donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓		✓							
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓		✓								
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS).Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓		✓								
¿fue comunicado o se informo al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓		✓								
¿ Se tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓		✓							
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓		✓								
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓		✓								
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓		✓								

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

| | | |



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041 Versión:1.0 Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseños, construcción y dotación de las defensas del pueblo
CIUDAD: Valledupar - Cesar
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c Calle 36.
1. TIPO DE TRABAJO: Altura Area hidrosanitaria
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Dameris Salcedo
2. ALTURA APROXIMADA: 2.0 mts
3. FECHA: 09 - 11 - 2024
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm.
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Pulidora, Taladro.
ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tubería hidrosanitaria y Red contra incendio
ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO
CONTRATISTA: SI ✓ NO CUAL? Tubartes
Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 4

PERMISO CONCEDIDO A:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
	Yeiler Sierra	CC	77184403	Colpatria	✓		31/08/24	✓		
	Alex Fuentes	CC	1083491505	Colpatria	✓		15/10/24	✓		
	Juan Carlos Solano	CC	1090429388	Colpatria	✓		01/09/24	✓		
	Kevin de Silva	C.C	1129566	Colpatria	✗					

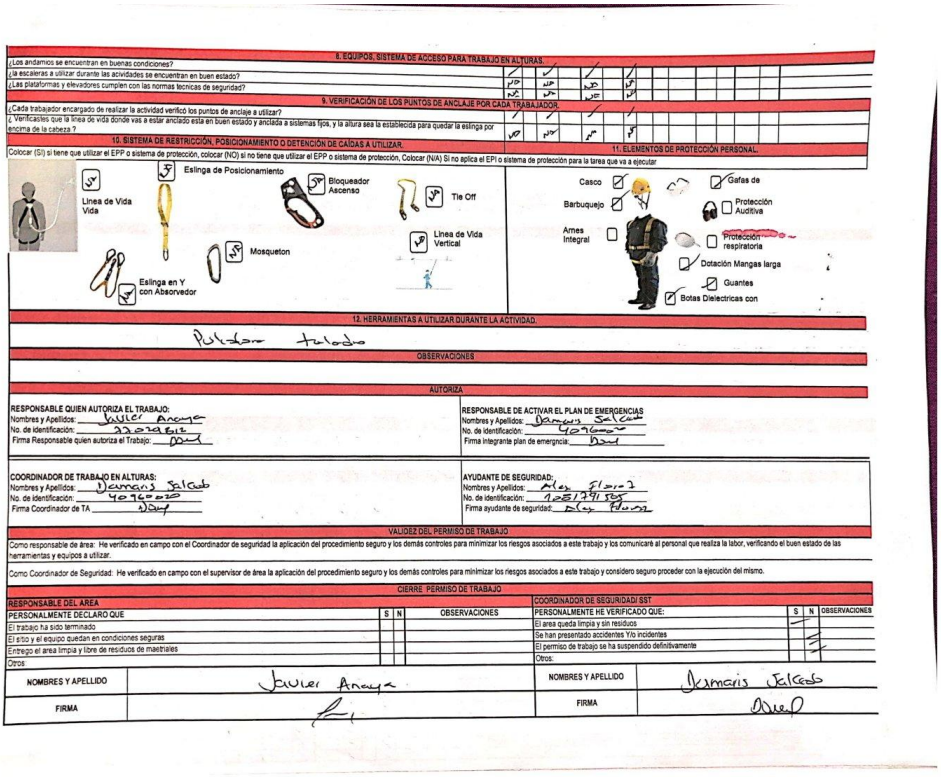
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas a utilizar. sistema de acceso, se socializa ATS se inicia la actividad, Al finalizar la jornada laboral se organizan areas de trabajo.

7. SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDA

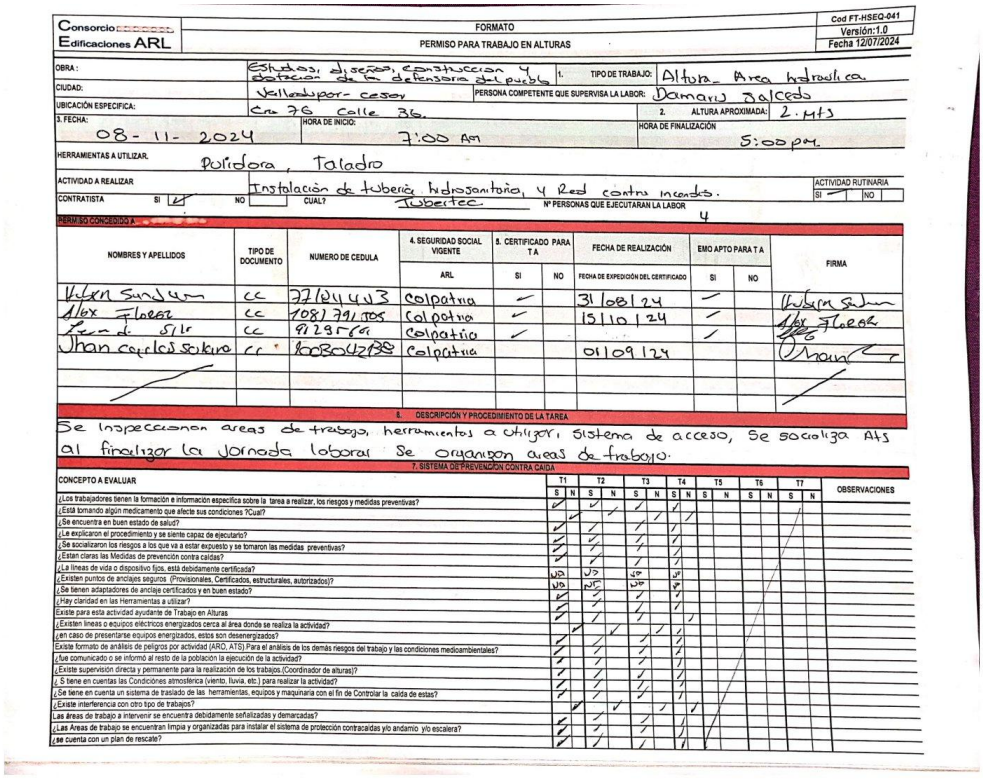
CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓		✓							
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓		✓								
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓		✓								
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caídas?	✓		✓		✓		✓								
¿La lineas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	N/A		N/A		N/A		N/A								
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	N/A		N/A		N/A		N/A								
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓		✓								
¿Hay claridad en las herramientas a utilizar?	✓		✓		✓		✓								
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓		✓								
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓		✓							
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓		✓								
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓		✓								
¿Fue comunicado o se informo al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓		✓								
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caída de estas?		✓		✓		✓		✓							
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?	✓		✓		✓		✓								
¿Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓		✓								
¿Las Áreas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaídas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓		✓								
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓		✓								

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

| | | |



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041 Versión:1.0 Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseños, construccion y dotacion de la defensoria del pueblo
CIUDAD: Valledupar- cesar
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7G Calle 36.
1. TIPO DE TRABAJO: Altura- Area hidraulica.
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo
2. ALTURA APROXIMADA: 2. Mts
3. FECHA: 08- 11- 2024
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm.
HERRAMIENTAS A UTLIZAR: Pulidora, Taladro
ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tuberia hidrosanitaria, y Red contra incendios.
ACTIVIDAD RUTINARIA: SI [ ] NO [ ]
CONTRATISTA: SI [x] NO [ ] CUAL? Tubertec.
Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 4

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Yuber Sandoval	cc	77124403	Colpatria	✓		31/08/24	✓		
Alex Florez	cc	1081791705	Colpatria	✓		15/10/24	✓		
Jesus Silva	cc	9129569	Colpatria	✓			✓		
Juan carlos solano	cc	1003042188	Colpatria			01/09/24			

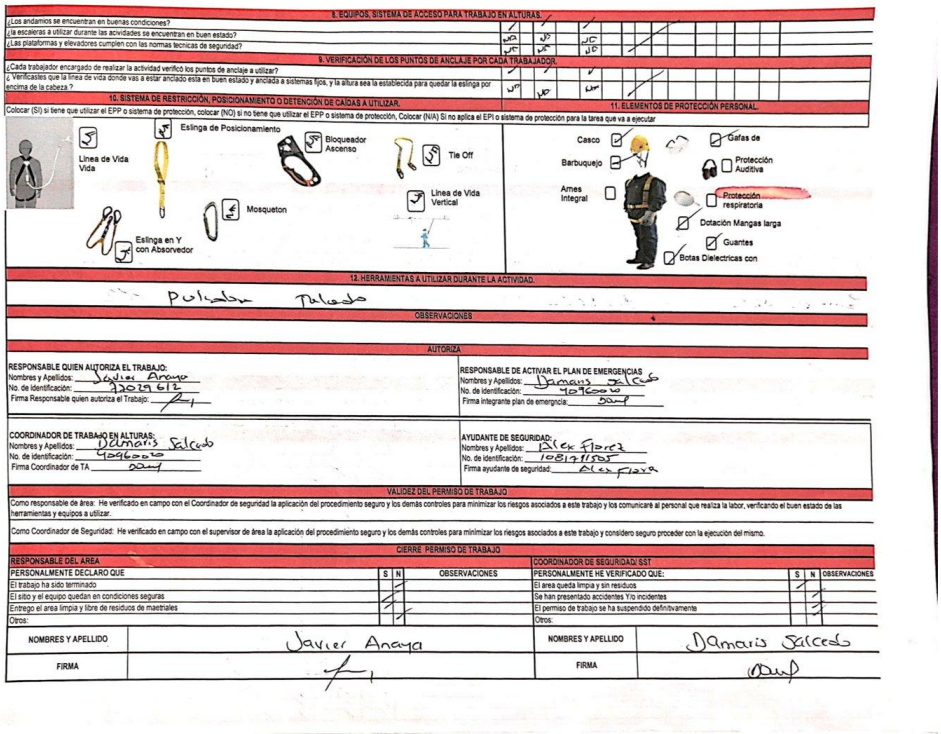
8. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientos a utilizar, sistema de acceso, se socializa ATS al finalizar la jornada laboral se organizan areas de trabajo.

7. SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDA

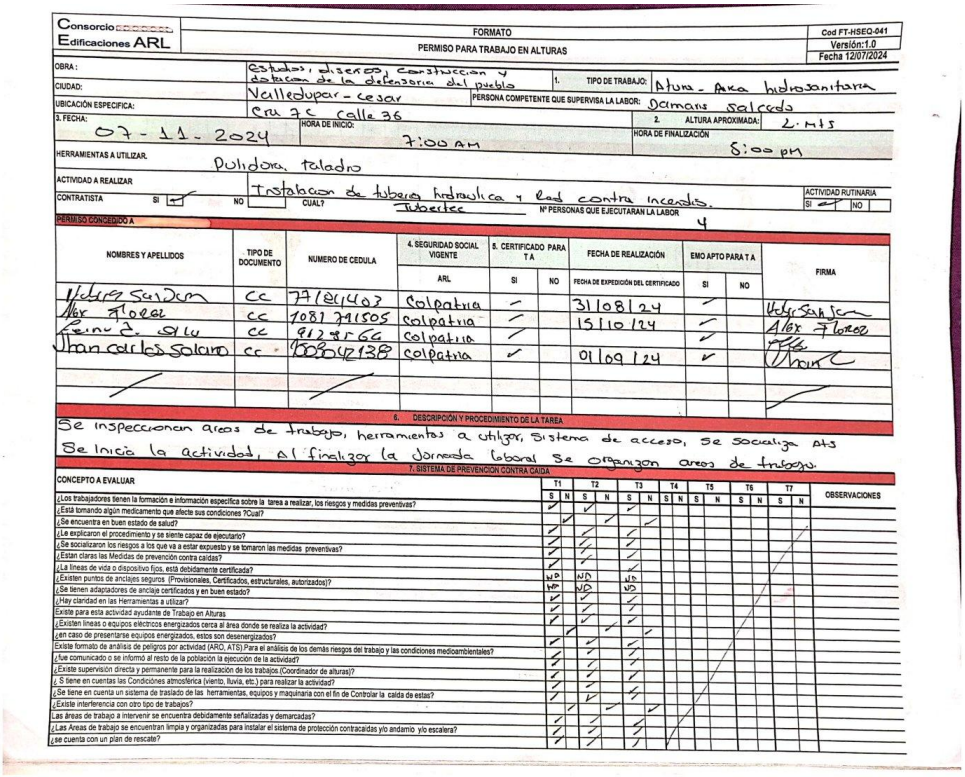
CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓		✓							
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓		✓								
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓		✓								
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓		✓								
¿La lineas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	NA		NA		NA		NA								
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	NA		NA		NA		NA								
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓		✓								
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓		✓								
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓		✓								
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓		✓							
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓		✓								
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS).Para el analisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓		✓								
¿fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓		✓								
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓		✓							
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓		✓								
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓		✓								
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓		✓								

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

| | | |



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041 Versión:1.0 Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseño, construccion y dotacion de la defensoria del pueblo
CIUDAD: Valledupar - cesar
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c calle 36
1. TIPO DE TRABAJO: Altura - Area hidrosanitaria
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Osmanis Salcedo
2. ALTURA APROXIMADA: 2 mts
3. FECHA: 07 - 11 - 2024
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Pulidora, taladro
ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalacion de tuberia hidraulica y red contra incendio.
CONTRATISTA SI [x] NO [ ] CUAL? Intertec
ACTIVIDAD RUTINARIA SI [x] NO [ ]
Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 4

PERMISO CONCEDIDO A

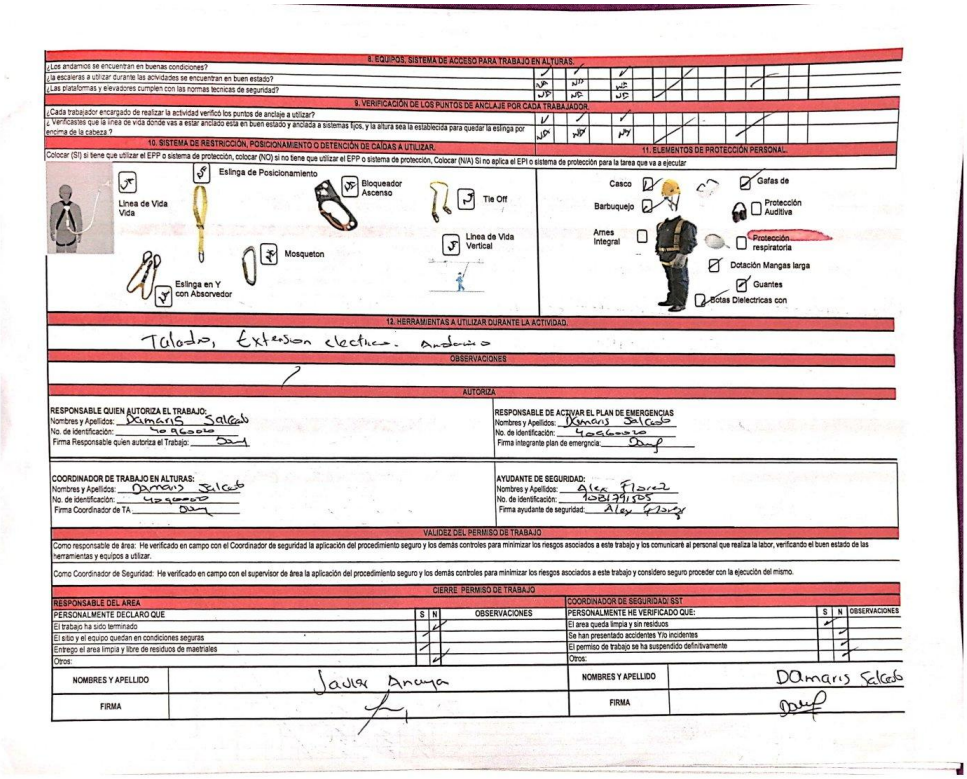
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Yeiny Sanjuan	CC	77161407	Colpatria	-		31/08/24	-		Yeiny Sanjuan
Alex Florez	CC	1081741505	Colpatria	-		15/10/24	-		Alex Florez
Jhon C. Ortiz	CC	912.815.66	Colpatria	-			-		
Juan Carlos Solano	CC	1003042138	Colpatria	✓		01/09/24	✓		

6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA
Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas a utilizar, Sistema de acceso, se socializa ATS
Se Inicia la actividad, al finalizar la Jornada laboral se organizan areas de trabajo.

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información específica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓									
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuestO y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caídas?	✓		✓		✓										
¿La líneas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	✓				✓										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	N/D		N/D		N/D										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	N/P		N/D		N/D										
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓										
¿Existen líneas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?	✓		✓		✓										
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?		✓		✓		✓									
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS).Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓										
¿Fue comunicado o se informó al resto de la poblacion la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ Si tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓										
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓									
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

¿Los andamios se encuentran en buenas condiciones?	✓	✓	✓										
¿Las escaleras a utilizar durante las actividades se encuentran en buen estado?	NA	NA	NA										
¿Las plataformas y elevadores cumplen con las normas tecnicas de seguridad?	NA	NA	NA										

9. VERIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR.

¿Cada trabajador encargado de realizar la actividad verificó los puntos de anclaje a utilizar?	✓	✓	✓										
¿ verificaste que la línea de vida donde vas a estar anclado esta en buen estado y anclada a sistemas fijos, y la altura sea la establecida para quedar la eslinga por encima de la cabeza ?	NA	NA	NA										

10. SISTEMA DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIENTO O DETENCIÓN DE CAIDAS A UTILIZAR.

Colocar (SI) si tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, colocar (NO) si no tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, Colocar (N/A) Si no aplica el EPI o sistema de protección para la tarea que va a ejecutar

11. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

12. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD.

Taladro, Extension electrica. Andamio

OBSERVACIONES

AUTORIZA

RESPONSABLE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de Identificación: 1140960010
Firma Responsable quien autoriza el Trabajo:

RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de Identificación: 1140960010
Firma integrante plan de emergncia:

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 1140960010
Firma Coordinador de TA:

AYUDANTE DE SEGURIDAD:
Nombres y Apellidos: Alex Florez
No. de identificación: 1082791505
Firma ayudante de seguridad: Alex Florez

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

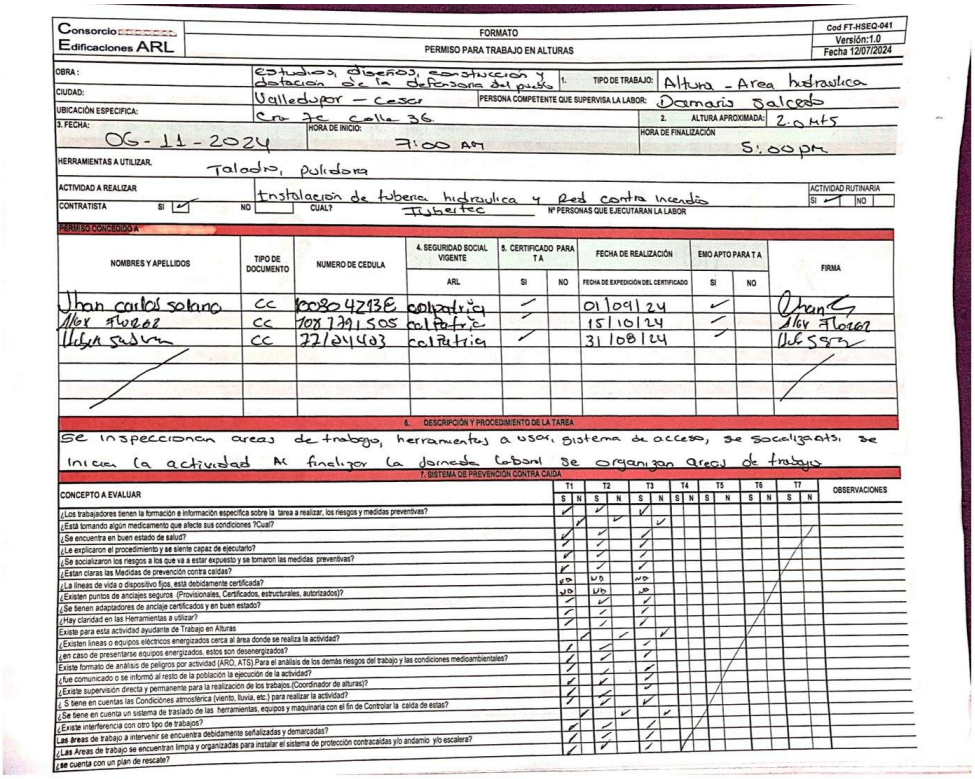
Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD/ SST			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado		✓		El area queda limpia y sin residuos		✓	
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras		✓		Se han presentado accidentes Ylo incidentes		✓	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales		✓		El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		✓	
Otros:				Otros:			

NOMBRES Y APELLIDO	Javier Arroyo	NOMBRES Y APELLIDO	DAmaris Salcedo
FIRMA		FIRMA	

Powered by CamScanner



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041, Versión:1.0, Fecha 12/07/2024

OBRA: estudios, diseños, construcción y dotación de la defensoría del pueblo
CIUDAD: Valledupar – Cesar
UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c calle 36
1. TIPO DE TRABAJO: Altura - Area hidraulica
PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Salcedo
2. ALTURA APROXIMADA: 2.0 mts
3. FECHA: 06-11-2024
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm
HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, pulidora
ACTIVIDAD A REALIZAR: instalación de tubería hidraulica y red contra incendio
ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO
CONTRATISTA: SI ✓ NO CUAL? Tubetec
Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Juan carlos solano	cc	1008042138	colpatria	✓		01/09/24	✓		
Alex Alvarez	cc	1083791505	colpatria	✓		15/10/24	✓		
Wilson Silva	cc	77014403	colpatria	✓		31/08/24	✓		

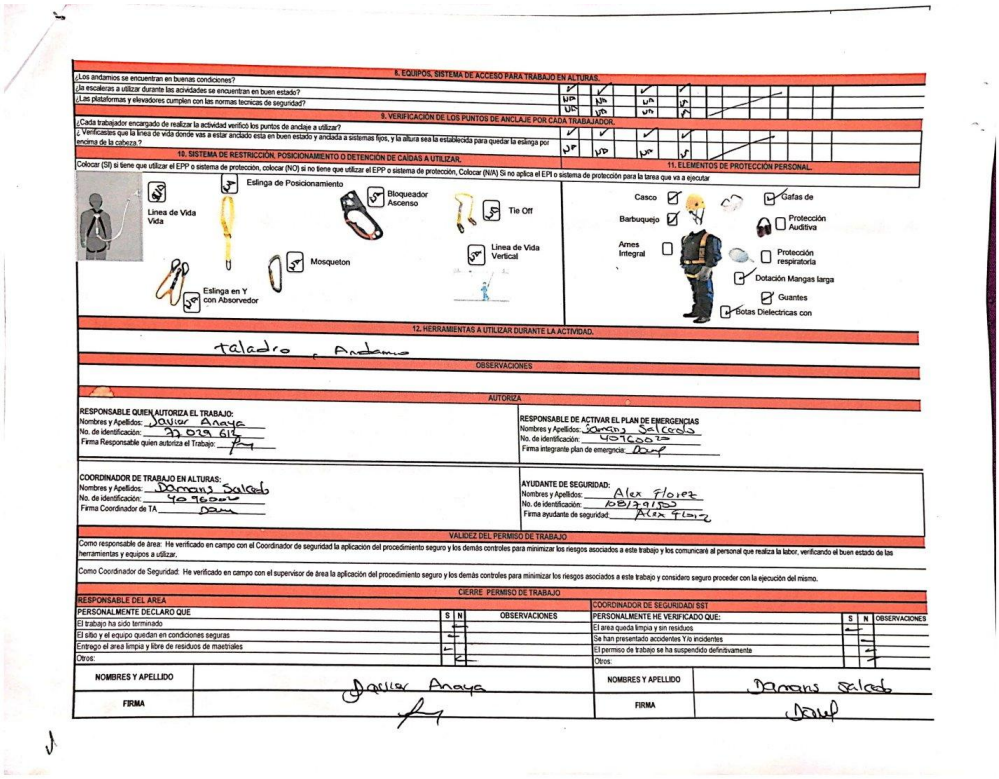
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas a usar, sistema de acceso, se socializa ats, se inicia la actividad Al finalizar la jornada laboral se organizan areas de trabajo

7. SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?	✓		✓		✓										
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓										
¿La líneas de vida o dispositivo fijo, está debidamente certificada?	N/A		N/A		N/A										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	N/A		N/A		N/A										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓										
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas		✓		✓		✓									
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al area donde se realiza la actividad?	✓		✓		✓										
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓										
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS).Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓										
¿fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caída de estas?		✓		✓		✓									
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?	✓		✓		✓										
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaídas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

¿Los andamios se encuentran en buenas condiciones?	SI		✓		✓									
¿Las escaleras a utilizar durante las acividades se encuentran en buen estado?	NO		NA		SI									
¿Las plataformas y elevadores cumplen con las normas tecnicas de seguridad?	NA		NO		NO									

9. VERIFICACION DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR.

¿Cada trabajador encargado de realizar la actividad verificó los puntos de anclaje a utilizar?	✓		✓		✓									
¿ Verificastes que la linea de vida donde vas a estar anclado esta en buen estado y anclada a sistemas fijos, y la altura sea la establecida para quedar la eslinga por encima de la cabeza.?	SI		NO		NO		SI							

10. SISTEMA DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIENTO O DETENCIÓN DE CAIDAS A UTILIZAR.

Colocar (SI) si tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, colocar (NO) si no tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, Colocar (N/A) Si no aplica el EPI o sistema de protección para la tarea que va a ejecutar

11. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

12. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD.

Taladro - Andamio

OBSERVACIONES

AUTORIZA

RESPONSABLE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:
Nombres y Apellidos: Javier Anaya
No. de identificación: 80 019 615
Firma Responsable quien autoriza el Trabajo:

RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 40960020
Firma integrante plan de emergncia:

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 40960020
Firma Coordinador de TA

AYUDANTE DE SEGURIDAD:
Nombres y Apellidos: Alex Florez
No. de identificación: 1085309150
Firma ayudante de seguridad: Alex Florez

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

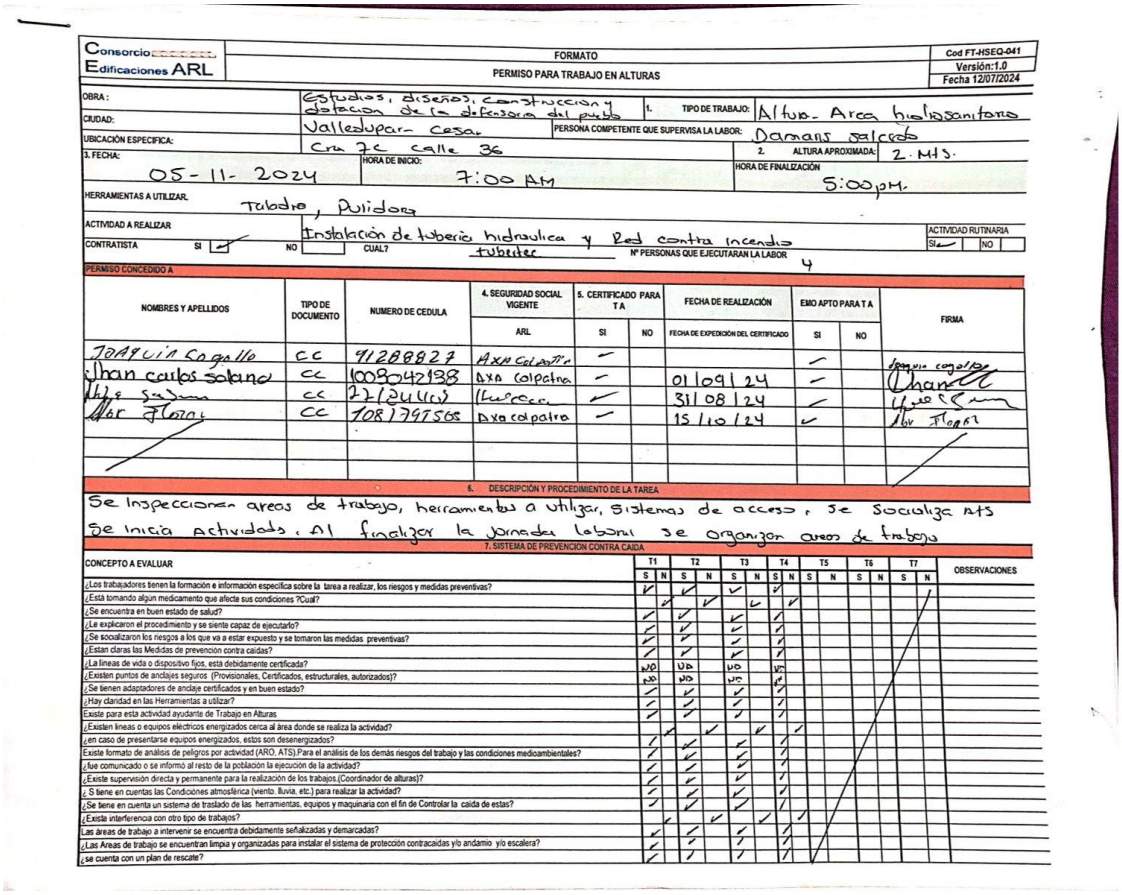
Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD/ SST			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado	✓			El area queda limpia y sin residuos	✓		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	✓			Se han presentado accidentes Y/o incidentes		✓	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales	✓			El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		✓	
Otros:				Otros:			

NOMBRES Y APELLIDO	Javier Anaya	NOMBRES Y APELLIDO	Damaris Salcedo
FIRMA		FIRMA	

Powered by CamScanner



Consorcio Edificaciones ARL

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Cod FT-HSEQ-041 | Versión:1.0 | Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseños, construccion y dotacion de la defensoria del pueblo

1. TIPO DE TRABAJO: Altura - Area hidrosanitaria

CIUDAD: Valledupar- cesar

PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris salcedo

UBICACIÓN ESPECIFICA: Cra 7c calle 36

3. FECHA: 05-11-2024

HORA DE INICIO: 7:00 AM

2. ALTURA APROXIMADA: 2. Mts.

HORA DE FINALIZACIÓN 5:00 pm.

HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, Pulidora

ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tuberia hidraulica y Red contra incendio

ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO

CONTRATISTA SI ✓ NO CUAL? tubertec

Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR 4

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	NO	FIRMA
Joaquin Cogollo	cc	91288827	Axa Colpatria	—			—		Joaquin cogollo
Johan carlos solano	cc	1009042938	Axa colpatria	—		01/09/24	—		Johan
[illegible]	cc	77124461	Ilegible	✓		31/08/24	✓		[illegible]
Jhon Flores	cc	1081749565	Axa colpatria	—		15/10/24	✓		Jhon Flores

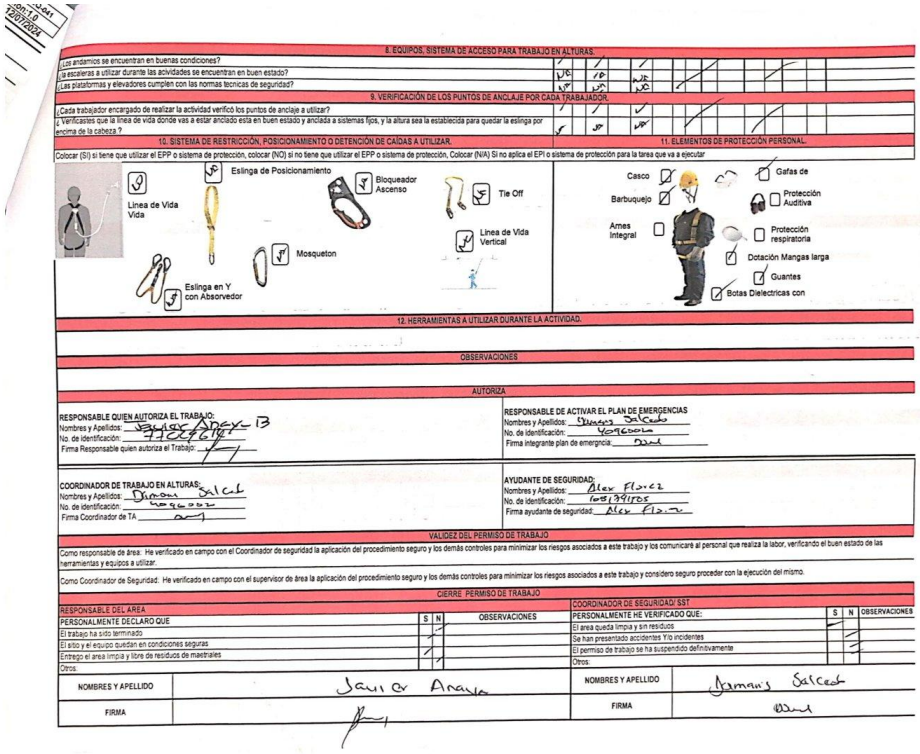
6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se Inspeccionan areas de trabajo, herramientas a utilizar, Sistemas de acceso, se Socializa ATS Se Inicia Actividads. Al finalizar la jornada laboral se Organizan areas de trabajo

7. SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Está tomando algun medicamento que afecta sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓		✓							
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓		✓								
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓		✓								
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓		✓								
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓		✓								
¿La lineas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	NO		NO		NO		NO								
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	NO		NO		NO		NO								
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	✓		✓		✓		✓								
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓		✓								
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓		✓								
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓		✓							
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓		✓								
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS),Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓		✓								
¿fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos.(Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓		✓								
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓		✓								
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓		✓								
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓		✓							
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓		✓								
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓		✓								
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓		✓								

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

| | | |

Consorcio Edificaciones ARL

FORMATO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Cod FT-HSEQ-041 | Versión:1.0 | Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios, diseños, construcción y dotación de la defensa del pueblo

1. TIPO DE TRABAJO: Altura- Area hidraulica

CIUDAD: Valledupar- Cesar

PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Dumar Salcedo

UBICACIÓN ESPECIFICA: era 7c calle 36

2. ALTURA APROXIMADA: 2,0 Mts

3. FECHA: 26-11-2024

HORA DE INICIO: 7:00 AM

HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00pm

HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, Pulidora, Andamio, extensión electrica

ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tubería hidraulica y Red contra incendio.

ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ☐ NO ☐

CONTRATISTA: SI ☑ NO ☐ CUAL? Tuberiec

Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 3

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	5. CERTIFICADO PARA T A NO	FECHA DE REALIZACIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	EMO APTO PARA T A NO	FIRMA
Hulsin San Juan	cc	77184487	colpatria	—		31 08 24	—		Hulsin San Juan
Alex Tobon	cc	1083791508	colpatria	—		15 10 24	—		Alex Tobon
Jhan cantes	cc	1003042488	colpatria	—		01/09/24	—		Jhan

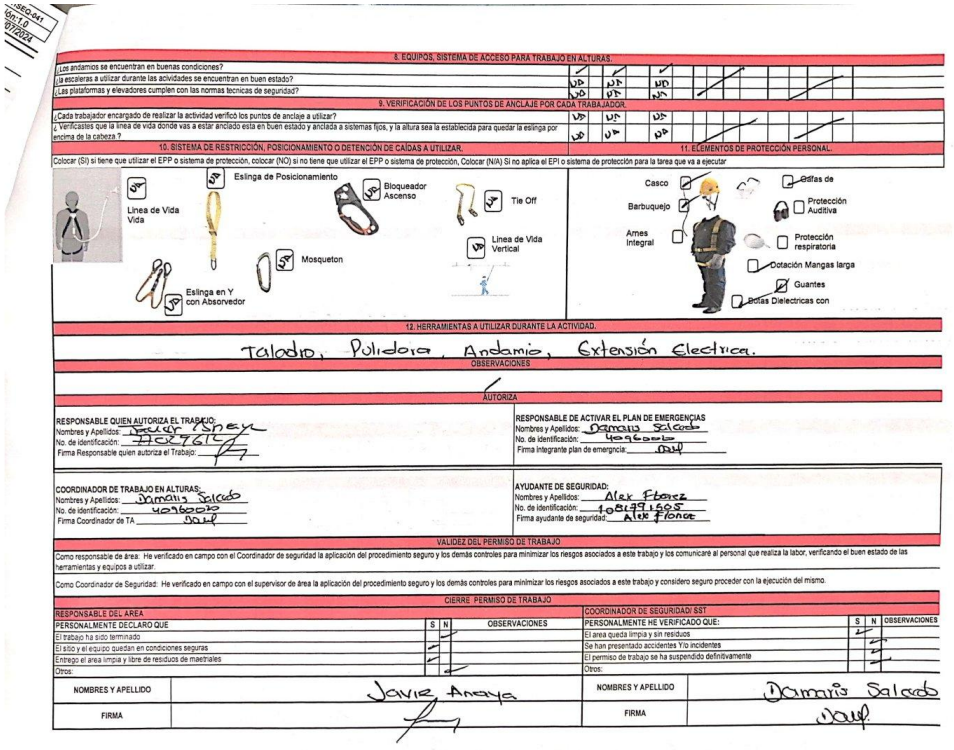
8. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspeccionan areas de trabajo, herramientas a utilizar. EPP, Sistema de acceso, Se socializa ATS. Se inicia la actividad al finalizar la jornada (labora) se organizan areas de trabajo.

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓									
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓										
¿La lineas de vida o dispositivo fijos, está debidamente certificada?	✓		✓		✓										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	N/A		N/A		N/A										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	N/A		N/A		N/A										
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓										
¿Existen lineas o equipos eléctricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓									
¿en caso de presentarse equipos energizados, estos son desenergizados?	✓		✓		✓										
Existe formato de análisis de peligros por actividad (ARO, ATS).Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓										
¿fue comunicado o se informo al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervisión directa y permanente para la realización de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ Si tiene en cuentas las Condiciones atmosférica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓										
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓									
Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner



8. EQUIPOS, SISTEMA DE ACCESO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

¿Los andamios se encuentran en buenas condiciones?	✓		✓	
¿Las escaleras a utilizar durante las actividades se encuentran en buen estado?	VD	VT	VD	VT
¿Las plataformas y elevadores cumplen con las normas tecnicas de seguridad?	VD	VT	VD	VT

9. VERIFICACIÓN DE LOS PUNTOS DE ANCLAJE POR CADA TRABAJADOR.

¿Cada trabajador encargado de realizar la actividad verificó los puntos de anclaje a utilizar?	VD	VT	VD	VT
¿ Verificastes que la linea de vida donde vas a estar anclado esta en buen estado y anclada a sistemas fijos, y la altura sea la establecida para quedar la eslinga por encima de la cabeza ?	VD	VT	VD	VT

10. SISTEMA DE RESTRICCIÓN, POSICIONAMIENTO O DETENCIÓN DE CAÍDAS A UTILIZAR.

Colocar (SI) si tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, colocar (NO) si no tiene que utilizar el EPP o sistema de protección, Colocar (N/A) Si no aplica el EPI o sistema de protección para la tarea que va a ejecutar

- VT Linea de Vida Vida
- VT Eslinga de Posicionamiento
- VD Bloqueador Ascenso
- VT Tie Off
- VD Linea de Vida Vertical
- VT Mosqueton
- VT Eslinga en Y con Absorvedor

11. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

- Casco ☑
- Barbuquejo ☑
- Arnes Integral ☑
- Gafas de ☐
- Protección Auditiva ☐
- Protección respiratoria ☐
- Dotación Mangas larga ☐
- Guantes ☑
- Botas Dielectricas con ☐

12. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD.

Taladro, Pulidora, Andamio, Extensión Electrica.

OBSERVACIONES

AUTORIZA

RESPONSABLE QUIEN AUTORIZA EL TRABAJO:
Nombres y Apellidos: Javier Arnaya
No. de identificación: 1067[illegible]
Firma Responsable quien autoriza el Trabajo:

RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIAS
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 40960010
Firma Integrante plan de emergncia:

COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS:
Nombres y Apellidos: Damaris Salcedo
No. de identificación: 40960010
Firma Coordinador de TA:

AYUDANTE DE SEGURIDAD:
Nombres y Apellidos: Alex Florez
No. de identificación: 1081497605
Firma ayudante de seguridad: Alex Florez

VALIDEZ DEL PERMISO DE TRABAJO

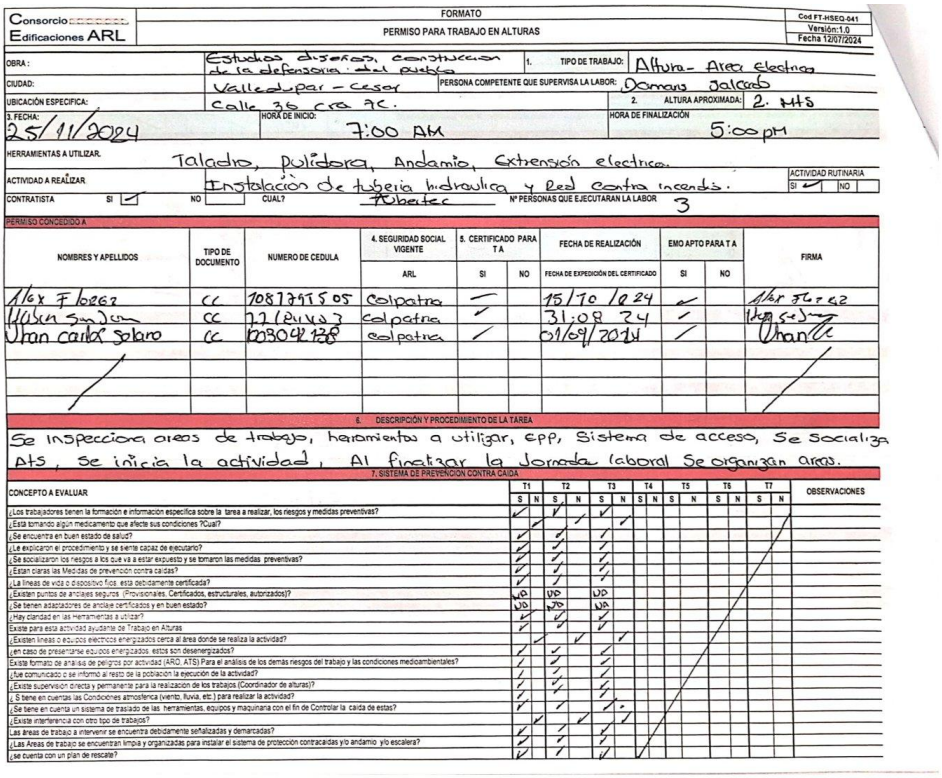
Como responsable de área: He verificado en campo con el Coordinador de seguridad la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Seguridad: He verificado en campo con el supervisor de área la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

CIERRE PERMISO DE TRABAJO

RESPONSABLE DEL AREA				COORDINADOR DE SEGURIDAD/ SST			
PERSONALMENTE DECLARO QUE	S	N	OBSERVACIONES	PERSONALMENTE HE VERIFICADO QUE:	S	N	OBSERVACIONES
El trabajo ha sido terminado		✓		El area queda limpia y sin residuos	✓		
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras		✓		Se han presentado accidentes Y/o incidentes		✓	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales		✓		El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente		✓	
Otros:		✓		Otros:			
NOMBRES Y APELLIDO	Javier Arnaya			NOMBRES Y APELLIDO	Damaris Salcedo		
FIRMA				FIRMA			

Powered by CamScanner



Consorcio Edificaciones ARL — FORMATO — PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS — Cod FT-HSEQ-041, Versión 1.0, Fecha 12/07/2024

OBRA: Estudios diseños, construccion de la defensoria del pueblo. — 1. TIPO DE TRABAJO: Altura - Area electrica

CIUDAD: Valledupar - Cesar — PERSONA COMPETENTE QUE SUPERVISA LA LABOR: Damaris Jalcedo

UBICACIÓN ESPECIFICA: Calle 36 cra 9c. — 2. ALTURA APROXIMADA: 2. Mts

3. FECHA: 25/11/2024 — HORA DE INICIO: 7:00 AM — HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00 pm

HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Taladro, pulidora, Andamio, Extensión electrica.

ACTIVIDAD A REALIZAR: Instalación de tuberia hidraulica y Red contra incendio. — ACTIVIDAD RUTINARIA: SI ✓ NO

CONTRATISTA: SI ✓ NO — CUAL? Abetec — Nº PERSONAS QUE EJECUTARAN LA LABOR: 3

PERMISO CONCEDIDO A

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CEDULA	4. SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE ARL	5. CERTIFICADO PARA T A SI	5. CERTIFICADO PARA T A NO	FECHA DE REALIZACIÓN / FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	EMO APTO PARA T A SI	EMO APTO PARA T A NO	FIRMA
Alex F Lobo62	cc	1087975505	colpatria	—		15/10/2024	✓		Alex F Lobo62
Yulian Sanjuan	cc	1221214203	colpatria	✓		31/08/24	✓		Yulian Sanjuan
Juan carlos solano	cc	1003042138	colpatria	✓		01/09/2024	✓		Juan Carlos

6. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Se inspecciona areas de trabajo, herramientas a utilizar, epp, Sistema de acceso, Se socializa ATS, se inicia la actividad, Al finalizar la jornada laboral Se organizan areas.

7. SISTEMA DE PREVENCION CONTRA CAIDA

CONCEPTO A EVALUAR	T1 S	T1 N	T2 S	T2 N	T3 S	T3 N	T4 S	T4 N	T5 S	T5 N	T6 S	T6 N	T7 S	T7 N	OBSERVACIONES
¿Los trabajadores tienen la formación e información especifica sobre la tarea a realizar, los riesgos y medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Está tomando algún medicamento que afecte sus condiciones ?Cual?		✓		✓		✓									
¿Se encuentra en buen estado de salud?	✓		✓		✓										
¿Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	✓		✓		✓										
¿Se socializaron los riesgos a los que va a estar expuesto y se tomaron las medidas preventivas?	✓		✓		✓										
¿Estan claras las Medidas de prevención contra caidas?	✓		✓		✓										
¿La lineas de vida o dispositivo fijos esta debidamente certificada?	✓		✓		✓										
¿Existen puntos de anclajes seguros (Provisionales, Certificados, estructurales, autorizados)?	UD		UD		UD										
¿Se tienen adaptadores de anclaje certificados y en buen estado?	UD		UD		UD										
¿Hay claridad en las Herramientas a utilizar?	✓		✓		✓										
Existe para esta actividad Ayudante de Trabajo en Alturas	✓		✓		✓										
¿Existen lineas o equipos electricos energizados cerca al área donde se realiza la actividad?		✓		✓		✓									
¿en caso de presentarse equipos energizados estos son desenergizados?	✓		✓		✓										
Existe formato de analisis de peligros por actividad (ARO, ATS) Para el análisis de los demás riesgos del trabajo y las condiciones medioambientales?	✓		✓		✓										
¿fue comunicado o se informó al resto de la población la ejecución de la actividad?	✓		✓		✓										
¿Existe supervisión directa y permanente para la realizacion de los trabajos (Coordinador de alturas)?	✓		✓		✓										
¿ S tiene en cuentas las Condiciones atmosferica (viento, lluvia, etc.) para realizar la actividad?	✓		✓		✓										
¿Se tiene en cuenta un sistema de traslado de las herramientas, equipos y maquinaria con el fin de Controlar la caida de estas?	✓		✓		✓										
¿Existe interferencia con otro tipo de trabajos?		✓		✓		✓									
¿Las áreas de trabajo a intervenir se encuentra debidamente señalizadas y demarcadas?	✓		✓		✓										
¿Las Areas de trabajo se encuentran limpia y organizadas para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera?	✓		✓		✓										
¿se cuenta con un plan de rescate?	✓		✓		✓										

Powered by CamScanner

	BIOMECÁNICO	POSTURA PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADA (movimientos durante la instalación de tuberia y asesorios. MOVIMIENTO REPETITIVO movimientos propios de la actividad.	Lesiones osteomusculares. Fatiga, calambre, lumbalgia, Lesiones osteomusculares. Tendinitis (Inflamación de los tejidos) Bursitis (Inflamación de las articulaciones)	Higiene postural. Cambio de postura. Realizar pausa activas y estiramiento. Higiene postural. Realizar pausa y estiramiento.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	ALTURA Actividad a realizar en estructura (losa entrepiso) segundo nivel	caidas, golpes, lesiones en miembros superiores e inferiores. lesiones incapacitantes, muerte.	Uso adecuado de EPCC (ames, eslingas) Realizar inspección al equipos antes de su uso, diligenciar formato de condición de salud
ORDEN Y ASEO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Deshidratación, fatiga, Mareo, desmayo, cefalea.	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda hidratarse
	BIOMECÁNICO	POSTURA (Prolongada, mantenida o forzada)	cansancio, dolor en la espalda, calambre.	Higiene postural

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control estén implementadas (marque NA si el peligro no está presente en el área).

2.2 EPP - SEÑALIZACION Verificar

Inspecciones antes y despues de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, absténgase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin certificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalia encontrada

Ropa	SI	NO	NA
Overol de trabajo		NO	✓
Overol ignifugo. Categoria		NO	✓
Peto		NO	✓
Manguillas		NO	✓
Polainas		NO	✓
Otro (Cual): **Camisa manga larga**	✓	NO	NA

Protección respiratoria	SI	NO	NA
Respirador con cartuchos para		NO	✓
Mascarilla desechable para	✓	NO	NA
Otro (Cual)		NO	✓

Protección cabeza	SI	NO	NA
Casco Tipo **1**, Clase **E**, Sin , con , Barbuquejo	✓	NO	NA
Chaleo en tela o carnaza		NO	✓

Protección de pies y piernas	SI	NO	NA
Botas de seguridad con puntera	✓	NO	NA
Botas dieléctricas		NO	✓
Otro (Cual)		NO	✓

Protección auditiva	SI	NO	NA
Tipo Inserción	✓	NO	NA
Tipo copa		NO	✓

Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caida y Espacios Confinados	SI	NO	NA
Arnés, Tipo **Integral**		NO	✓
Mosquetón		NO	✓
Eslinga, Tipo **Posicionamiento**		NO	✓
Linea de vida, Tipo **Estaticas**		NO	✓
Pomo/Arrestador		NO	✓
Punto de anclaje (Cual)		NO	✓

Protección facial y ocular	SI	NO	NA
Careta lente neutro		NO	✓
Monogafas / Gafas	✓	NO	NA
Gafas de oxicorte		NO	✓
Careta de soldador		NO	✓
Careta de dieléctrica, clase		NO	✓
Otro (Cual)		NO	✓

Barrera/Señales de advertencia	SI	NO	NA
Peligro Trabajo		NO	✓
Precaución		NO	✓
Demarcacion Perimetral		NO	✓
Otro (Cual)		NO	✓

Guantes	SI	NO	NA
Protección mecanica	✓	NO	NA
Protección dielectrica		NO	✓
Protección quimica		NO	✓
Otro (Cual)		NO	✓

Otros	SI	NO	NA
Tapete dielectrico		NO	✓
Pértiga		NO	✓
Otro (Cual)		NO	✓

2.3 NOTIFICACION: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar — SI ✓ NO NA

2.9 EMERGENCIAS: Reconocer y verificar

	SI	NO	NA
A - Las emergencias potenciales que pueden ocurrir	✓	NO	NA
B - Los procedimientos establecidos para tales situaciones	✓	NO	NA
C - Rutas de Evacuación	✓	NO	NA
D - Puntos de encuentro	✓	NO	NA
E - Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquin, extintor)	✓	NO	NA
F - Ubicación de Brigadistas cercanos	✓	NO	NA

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

(1) Los abajo firmantes somos consientes de los riesgos relacionados con la ejecución del trabajo, así como de las medidas preventivas determinadas con el fin de realizar el trabajo de forma segura, asumiendo el compromiso de cumplir con las orientaciones de seguridad contenidas en este documento, utilizar los equipos de protección personal y ejecutar solamente los servicios o actividades cubiertos por esta autorización. Así mismo manifiesto mi buen estado de salud para el desarrollo de las actividades.
(2) Se verifican certificados de aptitud medica para Trabajos en alturas y espacios confinados, según aplique, con fecha de expedición inferior a un año, se anexan soportes a este permiso.
(3) Se verifican competencias - entrenamiento para TSA, TEC, trabajo en caliente, energías peligrosas, operación de equipos o maquinaria, trabajos con energía eléctrica, según aplique, se anexan soportes a este permiso.
(4) Se verifican el estado de afiliación al sistema de seguridad social (EPS, ARL, Fondo de Pensiones), se anexan soportes a este permiso.
(5) Para espacios confinados aplican lo siguientes ROLES: Trabajador Entrante, Vigía, Supervisor

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Ruben Sanjuan	77121403	ayu							
Alexander Flores	1087797505	ayu							
Juan carlos	1003042138	ayu							

Powered by CamScanner

	CONDICIONES DE SEGURIDAD	**MECÁNICO** Manipulacion de herramientas manuales y equipos	Pangones, golpes, pinchazos, laceraciones, cortadura.	Autocuidado Uso de los EPI (Guantes, gafas, botas, casco)
		LOCATIVO Superficie irregular con	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior	Instalación de Señalización de prevención. Precaución al caminar Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material obstaculizando el paso.	Tropezones, caida, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior.	Mantener el área organizada. Realizar jornada de orden y aseo. Autocuidado. Uso se los EPI (Botas y casco de seguridad)
INSTALACIÓN DE TUBERIA *HIDRAULICA Y RED* CONTRA INCENDIO.	**BIOLÓGICO**	**VIRUS** *Exposición a* enfermedades infecciosas trasmitida de persona a persona	Malestar general, fiebre, gripa, escalofríos, dolor de garganta, congestión nasal, tos, estornudo.	Uso obligatorio de tapa bocas, seguimiento a sintomatología del trabajador afectado. Lavado de mano.
		PICADURA Exposición a picaduras de insectos durante la jornada laboral.	Hinchazón, picazón, dolor, enrojecimiento de la piel, alergias, entumvecimiento, hormigueo.	Autocuidado, mantener las áreas de trabajo inspeccionadas, usar ropa adecuada para realizar las actividades.
	FÍSICO	**RUIDO** Exposición intermitente por manipulación por herramientas electricas (tronzadora, pulidora, taladro)	Afectación auditiva, hipoacusia, estrés, cefalea, fatiga, zumbido	Uso de los EPI protección auditiva cuando se requiera.
		TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación *Mareo, desmayo* Cefalea	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda hidratarse
		RADIACIONES NO IONIZANTE (SOL)	Afectación en la piel, quemadura , erupción Afectación ocular. Ojos secos.	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans Uso de EPI (gafas, casco, guantes)
	QUIMICO	**SUSTANCIAS QUIMICAS** Manipulación de pagantes para la tuberia..	Afectación en la piel, alergia. Afectación ocular, irritación, ardor, ojos rojos. Afectación respiratoria, irritación. tos.	Uso de los EPI gafas oscuras. humectar áreas de trabajo.
	PSICOSOCIAL	**CARACTERIASTICA DEL GRUPO DE TRABAJO** Diferencias entre trabajadores al realizar las actividades	Disgusto, peleas.	Charla social, trabajo en *equipo. comunicación* asertiva. Seguimiento con el CCL.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod:FT-HSEQ-048
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Versión 00
		Fecha 16/07/2024

Marque dentro de los cuadros SI / NO /NA segun el caso. Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN

SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

1.1 Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MISMO. Indique otras causales si las hay

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 25 11 2024 Hora: 7.00 a. m. Hasta 30 11 2024 Hora: 5.00 p. m

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: **Construcción defensoría del Pueblo - antiguo IDEMA**

1.4 Contratista: Consorcio Edificaciones ARL. - SUBCONTRATISTA TUBERTEC.

1.5 Descripción de la actividad a realizar: **INSTALACIÒN DE TUBERIA HIDRAULICAS Y RED CONTRA INCENDIO.**

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

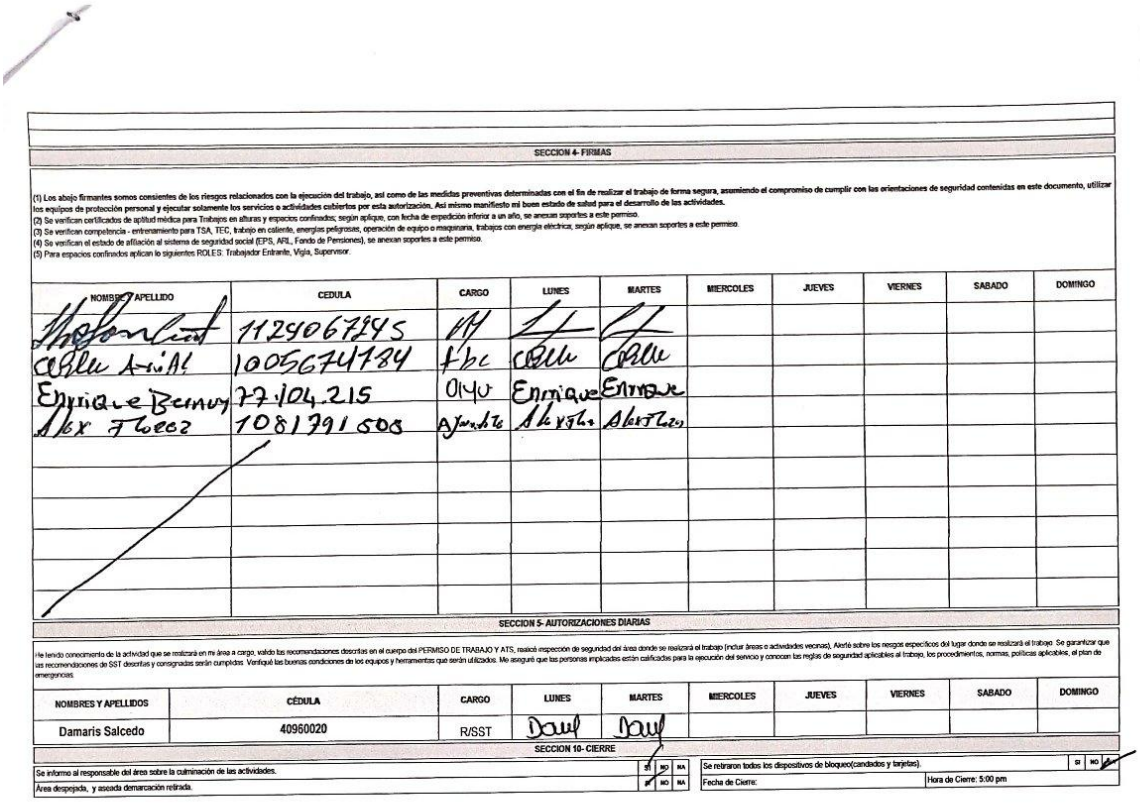
Trabajo en caliente SI [X] | Trabajo en alturas NO [X] | Espacios confinados SI [ ] NO [X] | Otro SI [X] Cual

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

2.1 Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	RIESGO	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
INSPECCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda al personal mantenerse hidratados. Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans
		RADIACIONES NO IONIZANTE (SOL)	Afectación en la piel, quemadura , erupción (manchas) Afectación ocular. Ojos secos. Catarata	Uso de los EPI gafas oscuras. Realizar pausa en un
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	LOCATIVO Superficie irregular con diferente nivel	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior	Señalización del área. Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material obstaculizando el paso. (alambres, varillas de acero, material para armado de losa entre piso) Excavación en diferentes frentes del proyecto.	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e	Mantener el área organizada. Autocuidado. Uso se los EPI (Botas y casco de seguridad)
INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES, A UTILIZAR EN LA ACTIVIDAD.	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo Cefalea	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda hidratarse
		RADIACIONES NO IONIZANTE (SOL)	Afectación en la piel, quemadura , erupción (manchas) Afectación ocular. Ojos secos. Catarata	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans Uso de EPI gafas oscuras. Realizar pausa en un lugar con sombreado.
	BIOMECÁNICO	POSTURAS PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADAS Durante la inspección de las herramientas a utilizar y el traslado de las mismas.	Lesiones osteomusculares. Fatiga, calambre, lumbalgia, escoliosis.	Higiene postural. Cambio de postura. Realizar pausa activas (estiramiento).
		MOVIMIENTO REPETITIVOS Movimientos propios de la actividad	Lesiones osteomusculares. Tendinitis (Inflamación de los tejidos) Bursitis (Inflamación de las articulaciones)	Higiene postural. Realizar pausa y estiramiento

Powered by CamScanner



SECCION 4- FIRMAS

(1) Los abajo firmantes somos consientes de los riesgos relacionados con la ejecución del trabajo, así como de las medidas preventivas determinadas con el fin de realizar el trabajo de forma segura, asumiendo el compromiso de cumplir con las orientaciones de seguridad contenidas en este documento, utilizar los equipos de protección personal y ejecutar solamente los servicios o actividades cubiertos por esta autorización. Así mismo manifiesto mi buen estado de salud para el desarrollo de las actividades.
(2) Se verifican certificados de aptitud médica para Trabajos en alturas y espacios confinados; según aplique, con fecha de expedición inferior a un año, se anexan soportes a este permiso.
(3) Se verifican competencia - entrenamiento para TSA, TEC, trabajo en caliente, energías peligrosas, operación de equipo o maquinaria, trabajos con energía eléctrica; según aplique, se anexan soportes a este permiso.
(4) Se verifican el estado de afiliación al sistema de seguridad social (EPS, ARL, Fondo de Pensiones), se anexan soportes a este permiso.
(5) Para espacios confinados aplican lo siguientes ROLES: Trabajador Entrante, Vigía, Supervisor.

NOMBRES Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
[illegible]	1124067845	[illegible]	[illegible]	[illegible]					
[illegible]	1005674184	[illegible]	[illegible]	[illegible]					
Enrique Bermu	77.104.215	Oleo	Enrique	Enrique					
Alex Flores	1081791505	Ayudte	[illegible]	[illegible]					

SECCION 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

He tenido conocimiento de la actividad que se realizará en mi área a cargo, valido las recomendaciones descritas en el cuerpo del PERMISO DE TRABAJO Y ATS, realicé inspección de seguridad del área donde se realizará el trabajo (incluir áreas o actividades vecinas), Alerté sobre los riesgos específicos del lugar donde se realizará el trabajo. Se garantizar que las recomendaciones de SST descritas y consignadas serán cumplidas. Verifiqué las buenas condiciones de los equipos y herramientas que serán utilizados. Me aseguré que las personas implicadas están calificadas para la ejecución del servicio y conocen las reglas de seguridad aplicables al trabajo, los procedimientos, normas, políticas aplicables, el plan de emergencias.

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Damaris Salcedo	40960020	R/SST	Dauf	Dauf					

SECCION 10- CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades.	SI	NO	NA	Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas).	SI	NO	NA
Área despejada, y aseada demarcación retirada.	SI	NO	NA	Fecha de Cierre:	Hora de Cierre: 5:00 pm		

Powered by CamScanner

	CONDICION DE SEGURIDAD	MOVIMIENTOS REPETITIVOS LOCATIVO superficies irregulares con diferencias de nivel	esguinces, dolor lumbar, calambre, cansancio, lesión golpes, Heridas, Lesiones en todo el cuerpo, esquinces, fracturas.	Adoptar posturas adecuadas para realizar la actividad. Higiene postural. Mantener áreas de trabajo ordenadas y señalizadas. adecuación de zonas de trabajo.
	QUIMICO	POLVO INIRGANICO material particulado	Alergias, afectación respiratoria y ocular.	Usar EPP (gafas, careta, protección respiratoria.
INSTALACIÓN DE TUBERIAS PARA AGUAS RESIDUALES	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo	Instalar un punto de hidratación cerca al área. *Se recomienda*
	BIOMECANICO	MOVIMIENTO REPETITIVO Propio de la actividad	Dolor lumbar, Lesiones osteomuscular, calambre, fatiga.	adoptar posturas adecuadas para realizar la actividad.
		POSTURAS PROLONGADAS Durante la realización de la actividad.	calambre, lesiones osteomusculares, fatiga, cansancio, lumbago,	Se recomienda realizar pausas activas, Higiene Postural
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	LOCATIVO superficies irregulares con diferencias de nivel	golpes, Heridas, Lesiones en todo el cuerpo, esquinces, fracturas.	Mantener áreas de trabajo ordenadas y señalizadas. adecuación de zonas de *trabajo*.
	QUIMICO	POLVO INORGANICO (manipulación de concreto)	Alergias en la piel, afección respiratoria, resequedad en la piel.	usar protección respiratoria, gafas de seguridad, ropa adecuada para realizarla

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control estén implemeetadas (marque NA si el peligro no está presente en el área).

2.2 EPP - SEÑALIZACION Verificar — SI / NO / NA

Inspecciones antes y después de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, absténgase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin certificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalia encontrada.

Ropa		Protección de pies y piernas		Protección facial y ocular		Barrera/Señales de advertencia	
Overol de trabajo	SI	Botas de seguridad con puntera	SI	Careta lente neutro	SI	Peligro Trabajo:	SI
Overol Ignifugo. Categoria	SI	Botas dieléctricas	SI	Monogafas / Gafas	SI	Precaución	SI
Peto	SI	Otro (Cual)	SI	Gafas de oxicorte	SI	Demarcación Perimetral	SI
Mangueras	SI	Protección auditiva		Careta de soldador	SI	Otro (Cual):	SI
Polainas	SI	Tipo Inserción	SI	Careta de dieléctrica, clase	SI	Guantes	
Otro (Cual): **Camisa manga larga**	SI	Tipo copa	SI	Otro (Cual)	SI	Protección mecánica	SI
Protección respiratoria		Sistema / Equipo de Prevencion - Protección Contra Caida y Espacios Confinados				Protección dieléctrica	SI
Respirador con cartuchos para	SI	Arnés, Tipo. **Integral**	SI	Auto retractil	SI	Protección química	SI
Mascarilla desechable para	SI	Mosquetón	SI	Tr-off	SI	Otro (Cual):	SI
Otro (Cual)	SI	Eslinga. Tipo. **Posicionamiento**	SI	Baranda con rodapiés	SI	Otros	
Protección cabeza		Línea de vida. Tipo. **Estáticas**	SI	Sistema de acceso (Cual) **Escalera Andamio**	SI	Tapete dieléctrico	SI
Casco Tipo. **I** Clase **E** MN CON Barbuquejo	SI	Freno/Arrestador	SI	Trípode / pescante	SI	Pertiga	SI
Chavo en tela o camuza	SI	Punto de anclaje (Cual)	SI	Otro (Cual)	SI	Otro (Cual):	SI

1.8 NOTIFICACION: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar — SI / NO / NA

1.9 EMERGENCIAS: Recordar y verificar

A.- Las emergencias potenciales que pueden ocurrir	SI	D.- Puntos de encuentro	SI
B.- Los procedimientos establecidos para tales situaciones.	SI	E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquín, extintor)	SI
C.- Rutas de Evacuacion	SI	F.- Ubicación de Brigadistas cercanos	SI

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod:FT-HSEQ-048
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Versión 00
		Fecha: 16/07/2024

Marque dentro de los cuadros SI / NO /NA según el caso. Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN

SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

1.1 Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MISMO. Indique otras causales si las hay:

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 25 / 11 / 2024 Hora: 7:00 a.m. Hasta: 30 / 11 / 2024 Hora: 5:00 p.m.

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Construcción defensoría del Pueblo - antiguo IDEMA

1.4 Contratista: Consorcio Edificaciones ARL. - TUBERTEC

1.5 Descripción de la actividad a realizar: EXCAVACIÓN E INSTALACIÓN DE TUBERIAS PARA AGUAS RESIDUALES

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

Trabajo en caliente	SI	NO ✓	Trabajo en alturas	SI	NO ✓	Espacios confinados	SI	NO ✓	Otro	SI	NO ✓	Cual

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

2.1 Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad.

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	RIESGO	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
INSPECCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	**LOCATIVA** Superficies irregulares con diferencias de nivel Condiciones de orden y aseo	Fracturas, golpes, lesiones en miembros superiores e inferiores. Caídas tropezones, resbalones	Prevención al inspeccionar terreno
INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPO A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD Y TRASLADO DE LAS MISMA	**FISICO**	**RADIACIONES NO IONIZANTE**	Afectación en la piel, quemadura , erupción (manchas)	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans
		TEMPERATURAS EXTREMAS (calor)	Afectación ocular. golpe de *calor, ojos secos.* deshidratación, mareo.	Consumir abundante liquido realizar descansos en áreas de trabajo sombreado.
	QUIMICO	**POLVO INORGANICO** material particulado	Afectación en la piel, afectación ocular, congestión respiratoria.	Usar protección respiratoria, usar gafas de seguridad.
	BIOMECANICO	**MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGA**	Lesión osteomuscular, dolor de espalda,	Adoptar posturas adecuadas para realizar las actividades. higiene postural
	CONDICIÓN DE SEGURIDAD	**LOCATIVO** superficies irregulares con diferencias de nivel	Lesión, fracturas, golpes, heridas en cualquier parte del cuerpo	Mantener áreas de trabajo señalizadas y organizadas.
		Condiciones de orden y aseo	Caídas, resbalones, tropezones	Adecuar áreas de trabajo
EXCAVACIÓN	**FISICO**	**RADIACIONES NO IONIZANTES** (sol)	Afectación en la pies, quemaduras, enrojecimiento de la piel	Usar ropa adecuada para realizar la actividad (jeans camisa manga larga.)
		TEMPERATURA EXTREMA (calor)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo Cefalea	Mantenerse hidratados, realizar descansos intermedios en lugar sombreados.
	BIOMECÁNICO	**POSTURA** (Prolongada, mantenida o forzada)	Malestar general, fiebre, gripa, escalofríos, dolor de garganta, congestión nasal, tos,	Higiene postural Realizar pausas activas

Powered by CamScanner

ORDEN Y ASEO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Deshidratación, fatiga, Mareo, desmayo, cefalea.	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda hidratarse
	BIOMECÁNICO	POSTURA (Prolongada, mantenida o forzada)	cansancio, dolor en la espalda, calambre.	Higiene postural

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control estén implementadas (marque NA si el peligro no está presente en el área).

2.2 EPP - SEÑALIZACION Verificar

Inspecciones antes y después de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, abstenganse de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin certificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalía encontrada

Ropa	SI	NO	NA
Overol de trabajo	SI	NO	NA
Overol Ignífugo. Categoría	SI	NO	NA
Peto	SI	NO	NA
Mangalitas	SI	NO	NA
Polainas	SI	NO	NA
Otro (Cual) Camisa manga larga	SI	NO	NA

Protección respiratoria	SI	NO	NA
Respirador con cartuchos para	SI	NO	NA
Mascarilla desechable para	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Protección cabeza	SI	NO	NA
Casco Tipo 1 Clase E SIN CON Barbuquejo	SI	NO	NA
Chaqui en tela o camuza	SI	NO	NA

Protección de pies y piernas	SI	NO	NA
Botas de seguridad con puntera	SI	NO	NA
Botas dieléctricas	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Protección auditiva	SI	NO	NA
Tipo Inserción	SI	NO	NA
Tipo copa	SI	NO	NA

Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caida y Espacios Confinados	SI	NO	NA
Arnés. Tipo Integral	SI	NO	NA
Mosquetón	SI	NO	NA
Eslinga. Tipo Posicionamiento	SI	NO	NA
Línea de vida. Tipo Estáticas	SI	NO	NA
Freno/Arrestador	SI	NO	NA
Punto de anclaje (Cual)	SI	NO	NA

Protección facial y ocular	SI	NO	NA
Careta lente neutro	SI	NO	NA
Monogafas / Gafas	SI	NO	NA
Gafas de oscuro	SI	NO	NA
Careta de soldador	SI	NO	NA
Careta de dieléctrica. clase	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

	SI	NO	NA
Autoretráctil	SI	NO	NA
Tie-off	SI	NO	NA
Baranda con rodapiés	SI	NO	NA
Sistema de acceso (Cual)	SI	NO	NA
Trípode / pescante	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Barrera/Señales de advertencia	SI	NO	NA
Peligro Trabajo	SI	NO	NA
Precaución	SI	NO	NA
Demarcación Perimetral	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Guantes	SI	NO	NA
Protección mecánica	SI	NO	NA
Protección dieléctrica	SI	NO	NA
Protección química	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Otros	SI	NO	NA
Tapete dieléctrico	SI	NO	NA
Pértiga	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

1.8 NOTIFICACION: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar

1.9 EMERGENCIAS: Recordar y verificar

	SI	NO	NA
A - Las emergencias potenciales que pueden ocurrir	SI	NO	NA
B - Los procedimientos establecidos para tales situaciones	SI	NO	NA
C - Rutas de Evacuación	SI	NO	NA
D - Puntos de encuentro	SI	NO	NA
E - Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquín, extintor)	SI	NO	NA
F - Ubicación de Brigadistas cercanos	SI	NO	NA

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

(1) Los abajo firmantes somos consientes de los riesgos relacionados con la ejecución del trabajo, así como de las medidas preventivas determinadas con el fin de realizar el trabajo de forma segura, asumiendo el compromiso de cumplir con las orientaciones de seguridad contenidas en este documento, utilizar los equipos de protección personal y ejecutar solamente los servicios o actividades cubiertos por esta autorización. Así mismo manifiesto mi buen estado de salud para el desarrollo de las actividades.
(2) Se verifican certificados de aptitud médica para Trabajos en alturas y espacios confinados; según aplique, con fecha de expedición inferior a un año, se anexan soportes a este permiso.
(3) Se verifican competencia - entrenamiento para TSA, TEC, trabajo en caliente, energías peligrosas, operación de equipo o maquinaria, trabajos con energía electrica, segun aplique, se anexan soportes a este permiso.
(4) Se verifican el estado de afiliación al sistema de seguridad social (EPS, ARL, Fondo de Pensiones), se anexan soportes a este permiso.
(5) Para espacios confinados aplican lo siguientes ROLES: Trabajador Entrante, Vigía, Supervisor.

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jhonnys M.	77.185 579	Electri.	Jhon	Jhon					
Luis f lerma	7062465187	Aux	Luis f	Luis f					
Ivan Bedilla	1193 234 789	oficia	Ivan	Ivan					
JHON	1065986220	oficial	JHON	JHON					
Michael Campo	1065840617	Aux	Mich	Mich					
Oscar padilla	1062402015	AUX	Oscarpadi	Oscarpadi					
Dallo [illegible]	99337 55	AUX	Dallo	Dallo					

SECCION 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

He leído conocimiento de la actividad que se realizará en mi área a cargo, valido las recomendaciones descritas en el cuerpo del PERMISO DE TRABAJO Y ATS, realicé inspección de seguridad del área donde se realizará el trabajo (incluir áreas o actividades vecinas), Alerté sobre los riesgos específicos del lugar donde se realizará el trabajo. Se garantizar que las recomendaciones de SST descritas y consignadas serán cumplidas. Verifiqué las buenas condiciones de los equipos y herramientas que serán utilizados. Me aseguré que las personas implicadas estén calificadas para la ejecución del servicio y conocen las reglas de seguridad aplicables al trabajo, los procedimientos, normas, políticas aplicables, el plan de emergencias.

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Damaris Salcedo	40960020	RES- SST	Dsalc	Dsalc					

SECCION 10- CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades.	SI	NO	NA	Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas).	SI	NO	NA
Area despejada, y aseada demarcación retirada.	SI	NO	NA	Fecha de Cierre:	Hora de Cierre: 5:00 pm		

Powered by CamScanner

REGATA PARA INSTALACIÓN DE TUBERIA EN PVC.		**LOCATIVO** Superficie irregular con diferente nivel	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior	Instalación de Señalización de prevención. Precaución al caminar. Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material obstaculizando el paso.	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior.	Mantener el área organizada. Realizar jornada de orden y aseo. Autocuidado. Uso se los EPI (Botas y casco de seguridad).
	BIOLÒGICO	**VIRUS** *Exposición a enfermedades* infecciosas trasmitida de persona a persona	*Malestar general, fiebre, gripa,* escalofríos, dolor de garganta, congestión nasal, tos, estornudo.	Uso obligatorio de tapa bocas, seguimiento a sintomatología del trabajador afectado.
		PICADURA Exposición a picaduras de insectos durante la jornada laboral.	Hinchazón, picazón, dolor, enrojecimiento de la piel, alergias, entumecimiento, hormigueo.	Autocuidado, mantener las áreas de trabajo inspeccionadas, usar ropa adecuada para realizar las actividades.
	FÍSICO	**RUIDO** Exposición intermitente por manipulación de herramientas eléctricas (pulidora, taladro)	Afectación auditiva, hipoacusia, estrés, cefalea, fatiga, zumbido	Uso de los EPI protección auditiva cuando se requiera.
		TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor. Deshidratación. *Mareo, desmayo.* Cefalea.	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda hidratarse
		RADIACIONES NO IONIZANTE (SOL)	Afectación en la piel, quemadura , erupción (manchas). Afectación ocular. Ojos secos.	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans. Uso de EPI (gafas, casco, guantes)
	QUIMICO	**MATERIAL PARTICULADO** polvo emitido durante el corte de pared.	Afectación en la piel, alergia. Afectación ocular, Irritación, ardor, ojos rojos. Afectación respiratoria, irritación, tos.	Uso de los EPI gafas oscuras. humectar áreas de trabajo.
	PSICOSOCIAL	**CARACTERIASTICA DEL GRUPO DE TRABAJO** Diferencias entre trabajadores al realizar las actividades	Disgusto, peleas.	Charla social, trabajo en equipo, comunicación asertiva. Seguimiento con el CCL
	BIOMECÁNICO	**POSTURA PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADA** (movimientos durante la manipulación de herramientas .	Lesiones osteomusculares. Fatiga, calambre, lumbalgia, escoliosis.	Higiene postural. Cambio de postura. Realizar pausa activas y estiramiento.
		MOVIMIENTO REPETITIVO movimientos propios de la actividad	Lesiones osteomusculares. Tendinitis (Inflamación de los tejidos) Bursitis (Inflamación de las articulaciones)	Higiene postural. Realizar pausa y estiramiento
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	**MECANICO.** Manipulación de equipos y herramientas	Pargones, pinchazos, laceraciones, atrapamiento.	Uso de los EPI Guantes. Auto cuidado. Realizar inspección al equipos antes de su uso.
		LOCATIVO. Superficie irregular con diferente nivel	Caída, golpe, fractura, lesiones craneoencefálico,lesiones en miembro superior e inferior, muerte	Señalización advertencia. Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod:FT-HSEQ-048
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Versión: 00
		Fecha: 16/07/2024

Marque dentro de los cuadros SI / NO /NA según el caso. Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN.

SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

1.1 Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MISMO Indique otras causales si las hay

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 25 11 2024 Hora: 7:00 a. m. Hasta: 30 11 2024 Hora: 5:00 p. m.

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: **Construcción defensoría del Pueblo - antiguo IDEMA**

1.4 Contratista: Consorcio Edificaciones ARL. - SUBCONTRATISTA ARQUIENERGIA.

1.5 Descripción de la actividad a realizar: REGATA PARA INSTALACIÓN DE TUBERIA EN PVC.

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

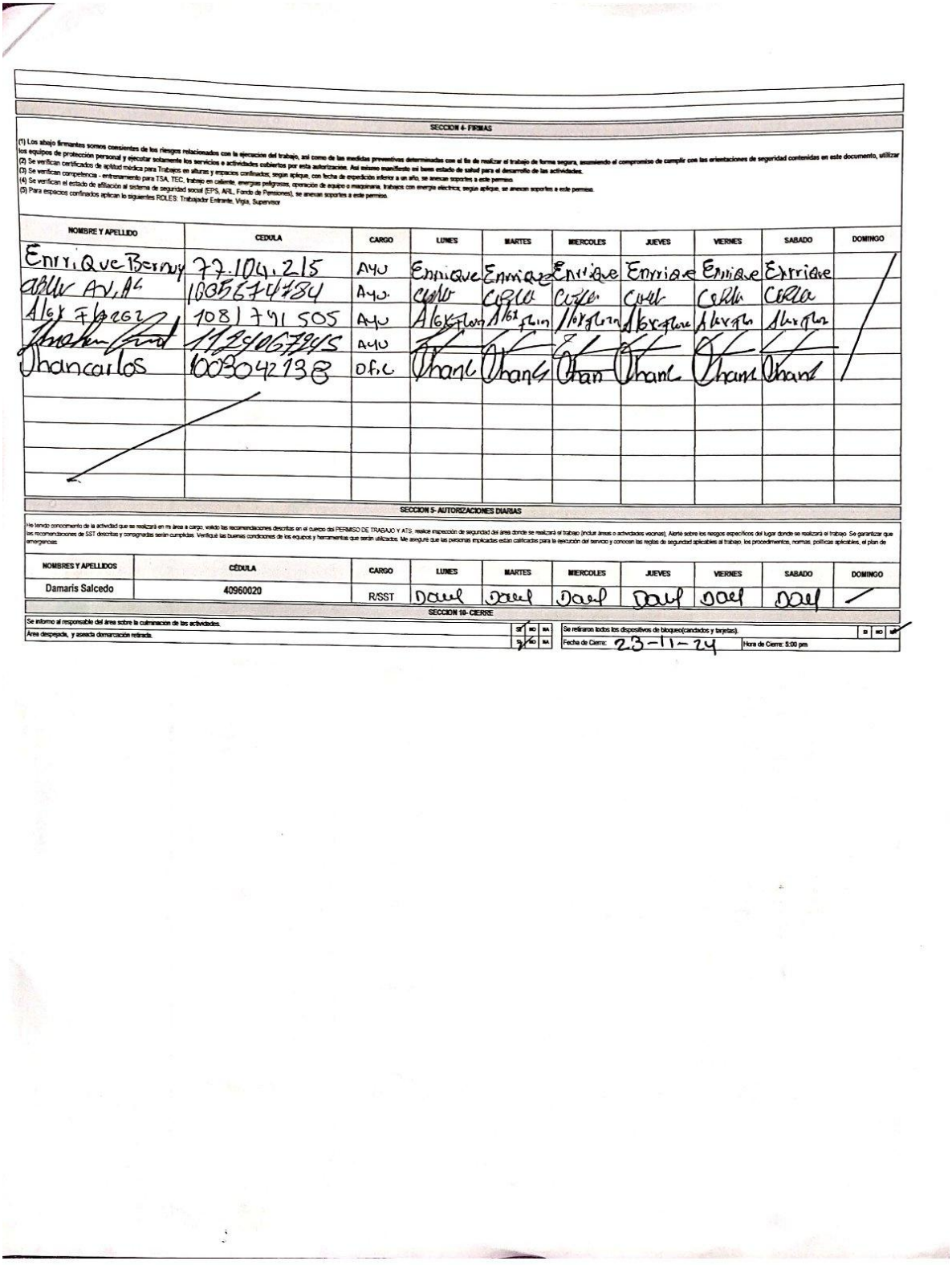
Trabajo en caliente	SI	NO ✓	Trabajo en alturas	SI	NO ✓	Espacios confinados	SI	NO ✓	Otro	SI	NO ✓	Cual

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

2.1 Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad.

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	RIESGO	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
INSPECCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo Cefalea	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda al personal mantenerse hidratados.
		RADIACIONES NO IONIZANTE (SOL)	Afectación en la piel, quemadura , erupción (manchas) Afectación ocular. Ojos secos. Catarata	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans Uso de los EPI gafas oscuras. Realizar pausa en un lugar con sonda.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	LOCATIVO Superficie irregular con diferente nivel	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior	Señalización del área. Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material obstaculizando el paso. (alambres, varillas de acero, material para armado de losa)	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior.	Mantener el área organizada. Autocuidado. Uso se los EPI (Botas y casco de seguridad)
INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES, A UTILIZAR EN LA ACTIVIDAD.	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo Cefalea	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda hidratarse
		RADIACIONES NO IONIZANTE (SOL)	Afectación en la piel, quemadura , erupción (manchas) Afectación ocular. Ojos secos. Catarata	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans Uso de EPI gafas oscuras. *Realizar pausa en un lugar con* sombreado.
	BIOMECÁNICO	POSTURAS PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADAS Durante la inspección de las herramientas a utilizar y el traslado de las mismas.	Lesiones osteomusculares. Fatiga, calambre, lumbalgia, escoliosis.	Higiene postural. Cambio de postura. Realizar pausa activas (estiramiento).
		MOVIMIENTO REPETITIVOS Movimientos propios de la actividad	Lesiones osteomusculares. Tendinitis (Inflamación de los tejidos) Bursitis (Inflamación de las articulaciones)	Higiene postural. Realizar pausa y estiramiento.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	MECÁNICO Manipulación de herramientas manuales y equipos	Pangones, golpes, pinchazos, laceraciones, cortadura.	Autocuidado Uso de los EPI (Guantes, gafas, botas, casco)

Powered by CamScanner



SECCION 4- FIRMAS

(1) Los abajo firmantes somos consientes de los riesgos relacionados con la ejecucion del trabajo, así como de las medidas preventivas determinadas con el fin de realizar el trabajo de forma segura, asumiendo el compromiso de cumplir con las orientaciones de seguridad contenidas en este documento, utilizar los equipos de protección personal y ejecutar solamente los servicios o actividades cubiertos por esta autorización. Así mismo manifiesto mi buen estado de salud para el desarrollo de las actividades.
(2) Se verifican certificados de aptitud médica para Trabajos en alturas y espacios confinados, segun aplique, con fecha de expedicion inferior a un año, se anexan soportes a este permiso.
(3) Se verifican competencias - entrenamiento para TSA, TEC, trabajo en caliente, energias peligrosas, operacion de equipo o maquinaria, trabajos con energia electrica, segun aplique, se anexan soportes a este permiso.
(4) Se verifican el estado de afiliación al sistema de seguridad social (EPS, ARL, Fondo de Pensiones), se anexan soportes a este permiso.
(5) Para espacios confinados aplican lo siguientes ROLES: Trabajador Entrante, Vigia, Supervisor

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Enrique Bermu	77.104.215	AYU	Enrique	Enrique	Enrique	Enrique	Enrique	Enrique	
[illegible]	1065674784	AYU	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	Cesar	
Alex Flores	1081791505	AYU	Alex	Alex	Alex	Alex	Alex	Alex	
[illegible]	1122967945	AYU							
Jhancarlos	1003042138	OFIC	Jhanc	Jhanc	Jhan	Jhanc	Jhanc	Jhanc	

SECCION 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

He leido conocimiento de la actividad que se realizará en mi área a cargo, valido las recomendaciones descritas en el cuerpo del PERMISO DE TRABAJO Y ATS, realice inspeccion de seguridad del área donde se realizará el trabajo (incluir áreas o actividades vecinas), Alerté sobre los riesgos específicos del lugar donde se realizará el trabajo. Se garantizar que las recomendaciones de SST descritas y consignadas serán cumplidas. Verifiqué las buenas condiciones de los equipos y herramientas que serán utilizados. Me asegure que las personas implicadas estan calificadas para la ejecución del servicio y conocen las reglas de seguridad aplicables al trabajo, los procedimientos, normas, políticas aplicables, el plan de emergencias.

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Damaris Salcedo	40960020	R/SST	Dael	Dael	Dael	Dael	Dael	Dael	

SECCION 10- CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminacion de las actividades.	SI	NO	NA	Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas).	SI	NO	NA
Area despejada, y aseada demarcación retirada.	SI	NO	NA	Fecha de Cierre: 23-11-24	Hora de Cierre: 5:00 pm		

Powered by CamScanner

	CONDICION DE SEGURIDAD	MOVIMIENTOS REPETITIVOS	esguinces, dolor lumbar, calambre, cansancio, lesión	Adoptar posturas adecuadas para realizar la actividad. Higiene postural.
		LOCATIVO superficies irregulares con diferencias de nivel	golpes, Heridas, Lesiones en todo el cuerpo, esguinces, fracturas.	Mantener áreas de trabajo ordenadas y señalizadas. adecuación de zonas de trabajo.
	QUIMICO	POLVO INIRGANICO material particulado	Alergias, afectación respiratoria y ocular.	Usar EPP (gafas, careta, protección respiratoria.
INSTALACIÓN DE TUBERIAS PARA AGUAS RESIDUALES	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda
	BIOMECANICO	MOVIMIENTO REPETITIVO Propio de la actividad	Dolor lumbar, Lesiones osteomuscular, calambre, fatiga.	adoptar posturas adecuadas para realizar la actividad.
		POSTURAS PROLONGADAS Durante la realización de la actividad.	calambre, lesiones osteomusculares, fatiga, cansancio, lumbago,	Se recomienda realizar pausas activas, Higiene Postural
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	LOCATIVO superficies irregulares con diferencias de nivel	golpes, Heridas, Lesiones en todo el cuerpo, esquinces, fracturas.	Mantener áreas de trabajo ordenadas y señalizadas. adecuación de zonas de trabajo.
	QUIMICO	POLVO INORGANICO (manipulación de concreto)	Alergias en la piel, afección respiratoria, resequedad en la piel.	usar protección respiratoria, gafas de seguridad, ropa adecuada para realizarla

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control estén implementadas (marque NA si el peligro no está presente en el área).

2.2 EPP - SEÑALIZACION Verificar — SI / NO / NA

Inspecciones antes y después de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, absténgase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin certificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalía encontrada.

Ropa

	SI	NO	NA
Overol de trabajo		NO	NA
Overol ignífugo, Categoría		NO	NA
Peto		NO	NA
Mangalitas		NO	NA
Polainas		NO	NA
Otro (Cual): Camisa manga larga	SI	NO	NA

Protección respiratoria

	SI	NO	NA
Respirador con cartuchos para		NO	NA
Mascarilla desechable para		NO	NA
Otro (Cual)		NO	NA

Protección cabeza

	SI	NO	NA
Casco Tipo 1_ Clase E_ SN__ CON__ Barbuquejo	SI	NO	NA
Chavo en tela o carnaza		NO	NA

Protección de pies y piernas

	SI	NO	NA
Botas de seguridad con puntera	SI	NO	NA
Botas dieléctricas		NO	NA
Otro (Cual):		NO	NA

Protección auditiva

	SI	NO	NA
Tipo Inserción		NO	NA
Tipo copa		NO	NA

Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caída y Espacios Confinados

	SI	NO	NA
Arnés, Tipo: Integral		NO	NA
Mosquetón		NO	NA
Eslinga, Tipo: Posicionamiento		NO	NA
Línea de vida Tipo: Estáticas		NO	NA
Frenol/Arrestador		NO	NA
Punto de anclaje (Cual):		NO	NA

Protección facial y ocular

	SI	NO	NA
Careta lente neutro		NO	NA
Monogafas / Gafas	SI	NO	NA
Gafas de oxicorte		NO	NA
Careta de soldador		NO	NA
Careta de dieléctrica, clase:		NO	NA
Otro (Cual)		NO	NA

Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caída y Espacios Confinados

	SI	NO	NA
Auto retráctil		NO	NA
Tí-off		NO	NA
Baranda con rodapiés		NO	NA
Sistema de acceso (Cual): Escalera Andamio		NO	NA
Trípode / prescante		NO	NA
Otro (Cual)		NO	NA

Barrera/Señales de advertencia

	SI	NO	NA
Peligro Trabajo:		NO	NA
Precaución		NO	NA
Demarcación Perimetral		NO	NA
Otro (Cual)		NO	NA

Guantes

	SI	NO	NA
Protección mecánica	SI	NO	NA
Protección dieléctrica		NO	NA
Protección química		NO	NA
Otro (Cual)		NO	NA

Otros

	SI	NO	NA
Tapete dieléctrico		NO	NA
Pértiga		NO	NA
Otro (Cual):		NO	NA

1.8 NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar — SI / NO / NA

1.9 EMERGENCIAS: Recordar y verificar

	SI	NO	NA
A.- Las emergencias potenciales que pueden ocurrir	SI	NO	NA
B.- Los procedimientos establecidos para tales situaciones.	SI	NO	NA
C.- Rutas de Evacuación	SI	NO	NA
D.- Puntos de encuentro	SI	NO	NA
E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquín, extintor)	SI	NO	NA
F.- Ubicación de Brigadistas cercanos	SI	NO	NA

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod:FT-HSEQ-048
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Versión 00
		Fecha: 16/07/2024

Marque dentro de los cuadros SI / NO /NA segun el caso Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACION.

SECCION 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

1.1 Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MISMO. Indique otras causales si las hay:

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 18 11 2024 Hora: 7:00 a. m. Hasta: 23 11 2024 Hora: 5:00 p. m.

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Construcción defensoría del Pueblo - antiguo IDEMA

1.4 Contratista: Consorcio Edificaciones ARL - TUBERTEC

1.5 Descripción de la actividad a realizar: EXCAVACIÓN E INSTALACIÓN DE TUBERIAS PARA AGUAS LLUVIAS

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO,COMO

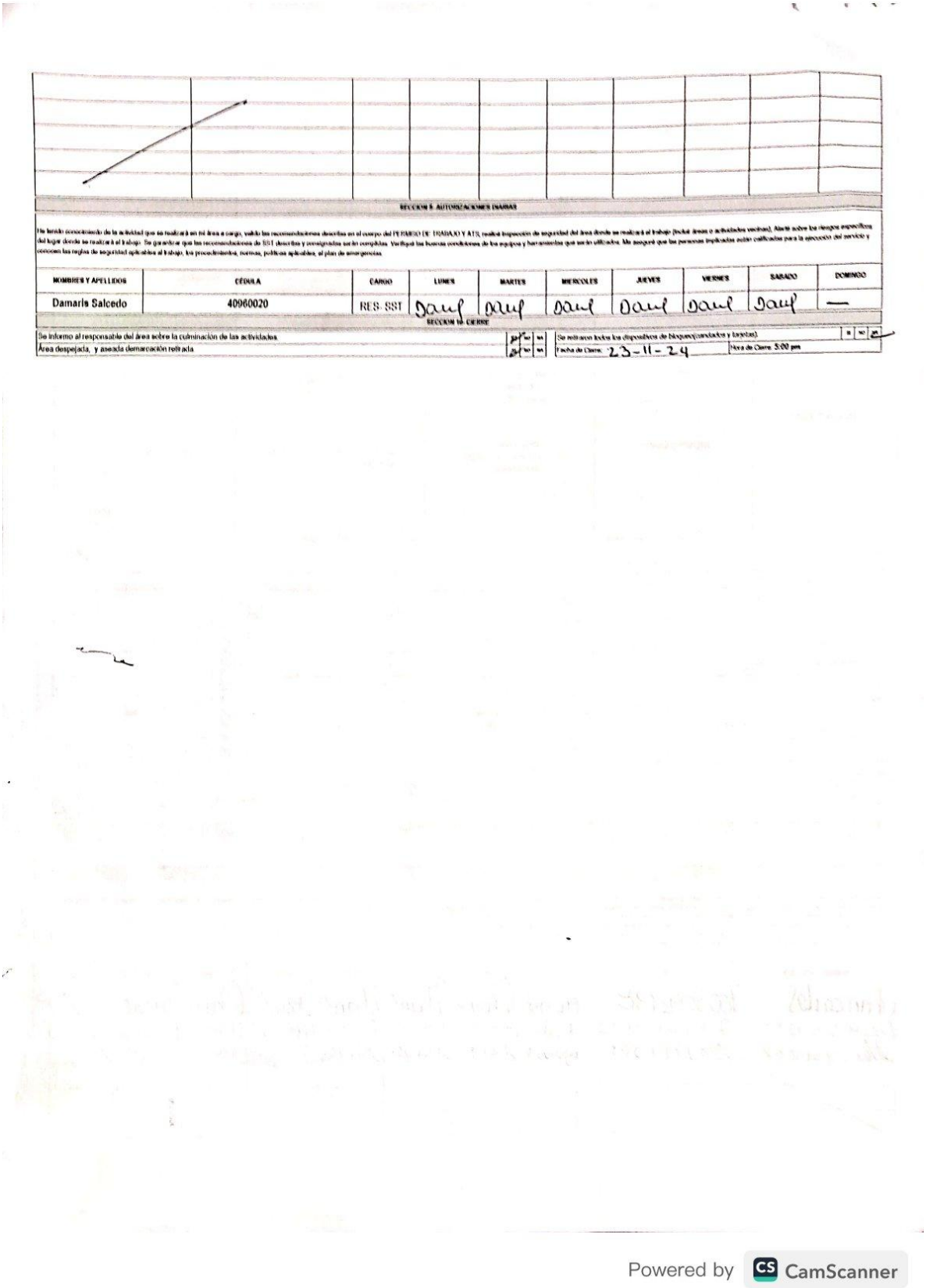
Trabajo en caliente SI NO | Trabajo en alturas SI NO | Espacios confinados SI NO | Otro SI NO Cual

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

2.1 Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad.

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	RIESGO	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
INSPECCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	CONDICIONES DE SEGURIDAD	LOCATIVA Superficies irregulares con diferencias de nivel Condiciones de orden y aseo	Fracturas, golpes, lesiones en miembros superiores e inferiores. Caídas tropezones, resbalones	Prevención al inspeccionar terreno
INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPO A UTILIZAR DURANTE LA ACTIVIDAD Y TRASLADO DE LAS MISMA	FISICO	RADIACIONES NO IONIZANTE	Afectación en la piel, quemadura , erupción (manchas)	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans
		TEMPERATURAS EXTREMAS (calor)	Afectación ocular. golpe de calor, ojos secos. deshidratación, mareo.	Consumir abundante liquido realizar descansos en áreas de trabajo sombreado.
	QUIMICO	POLVO INORGANICO material particulado	Afectación en la piel, afectación ocular, congestión respiratoria.	Usar protección respiratoria, usar gafas de seguridad.
	BIOMECANICO	MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGA	Lesión osteomuscular, dolor de espalda,	Adoptar posturas adecuadas para realizar las actividades. higiene postural
	CONDICIÓN DE SEGURIDAD	LOCATIVO superficies irregulares con diferencias de nivel	Lesión, fracturas, golpes, heridas en cualquier parte del cuerpo	Mantener áreas de trabajo señalizadas y organizadas.
		Condiciones de orden y aseo	Caídas, resbalones, tropezones	Adecuar áreas de trabajo
EXCAVACIÓN	FISICO	RADIACIONES NO IONIZANTES (sol)	Afectación en la pies, quemaduras, enrojecimiento de la piel	Usar ropa adecuada para realizar la actividad (jeans camisa manga larga.)
		TEMPERATURA EXTREMA (calor)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo Cefalea	Mantenerse hidratados, realizar descansos intermedios en lugar sombreados.
	BIOMECÁNICO	POSTURA (Prolongada, mantenida o forzada)	Malestar general, fiebre, gripa, escalofríos, dolor de garganta, congestión nasal, tos,	Higiene postural Realizar pausas activas

Powered by CamScanner



NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Damaris Salcedo	40960020	RES. SST	Dauf	Dauf	Dauf	Dauf	Dauf	Dauf	—

SECCION 10. CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades. SI NO NA

Área despejada, y asegada demarcación retirada SI NO NA

Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas) SI NO NA

Fecha de Cierre: 23-11-24 Hora de Cierre: 5:00 pm

Powered by CamScanner

	BIOMECÁNICO	POSTURA PROLONGADAS, *MANTENIDAS O* FORZADA (movimientos durante la instalación de tuberia y asesorios.	Lesiones osteomusculares. Fatiga, calambre, lumbalgia,	Higiene postural. Cambio de postura. Realizar pausa activas y estiramiento.
		MOVIMIENTO REPETITIVO movimientos propios de la actividad.	Lesiones osteomusculares. Tendinitis (Inflamación de los tejidos) Bursitis (Inflamación de las articulaciones)	Higiene postural. Realizar pausa y estiramiento.
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	ALTURA Actividad a realizar en estructura (losa entrepiso) segundo nivel	caidas, golpes, lesiones en miembros superiores e inferiores. lesiones incapacitantes, muerte.	Uso adecuado de EPCC (arnes, eslingas) Realizar inspección al equipos antes de su uso, diligenciar formato de condición de salud
ORDEN Y ASEO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Deshidratación, fatiga, Mareo, desmayo, cefalea.	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda hidratarse
	BIOMECÁNICO	POSTURA (Prolongada, mantenida o forzada)	cansancio, dolor en la espalda, calambre.	Higiene postural

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control estén implementadas (marque NA si el peligro no está presente en el área).

2.2 EPP - SEÑALIZACION Verificar

Inspecciones antes y despues de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, abstengase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin certificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalía encontrada

Ropa	SI	NO	NA
Overol de trabajo		NO	NA
Overol ignifugo. Categoría		NO	NA
Polo	SI	NO	NA
Mangalitas	SI	NO	NA
Polainas	SI	NO	NA
Otro (Cual) **Camisa manga larga**	SI	NO	NA

Protección respiratoria	SI	NO	NA
Respirador con cartuchos para	SI	NO	NA
Mascarilla desechable para	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Protección cabeza	SI	NO	NA
Casco Tipo **1**, Clase **E**, SIN , CON , Barbiquejo	SI	NO	NA
Chuvo en tela o carnaza	SI	NO	NA

Protección de pies y piernas	SI	NO	NA
Botas de seguridad con puntera	SI	NO	NA
Botas dieléctricas	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Protección auditiva	SI	NO	NA
Tipo inserción	SI	NO	NA
Tipo copa	SI	NO	NA

Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caída y Espacios Confinados	SI	NO	NA
Arnés, Tipo **Integral**	SI	NO	NA
Mosquetón	SI	NO	NA
Eslinga, Tipo **Posicionamiento**	SI	NO	NA
Línea de vida, Tipo **Estaticas**	SI	NO	NA
Freno/Arrestador	SI	NO	NA
Punto de anclaje (Cual)	SI	NO	NA

Protección facial y ocular	SI	NO	NA
Careta lente neutro	SI	NO	NA
Monogafas / Gafas	SI	NO	NA
Gafas de oscuro	SI	NO	NA
Careta de soldador	SI	NO	NA
Careta de dieléctrica, clase:	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Autorretráctil	SI	NO	NA
Tie-off	SI	NO	NA
Baranda con rodapiés	SI	NO	NA
Sistema de acceso (Cual)	SI	NO	NA
Trípode / pescante	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Barrera/Señales de advertencia	SI	NO	NA
Peligro Trabajo	SI	NO	NA
Precaución	SI	NO	NA
Demarcación Perimetral	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Guantes	SI	NO	NA
Protección mecánica	SI	NO	NA
Protección dieléctrica	SI	NO	NA
Protección química	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

Otros	SI	NO	NA
Tapete dieléctrico	SI	NO	NA
Peligra	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA

1.8 NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar — NO NA

1.9 EMERGENCIAS: Recordar y verificar

A - Las emergencias potenciales que pueden ocurrir	NO	NA	D - Puntos de encuentro	NO	NA
B - Los procedimientos establecidos para tales situaciones	NO	NA	E - Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquin, extintor)	NO	NA
C - Rutas de Evacuación	SI	NO	F - Ubicación de Brigadistas cercanos	SI	NO

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

(1) Los abajo firmantes somos conscientes de los riesgos relacionados con la ejecución del trabajo, así como de las medidas preventivas determinadas con el fin de realizar el trabajo de forma segura, asumiendo el compromiso de cumplir con las orientaciones de seguridad contenidas en este documento, utilizar los equipos de protección personal y ejecutar solamente los servicios o actividades cubiertos por esta autorización. Así mismo manifiesto mi buen estado de salud para el desarrollo de las actividades.
(2) Se verifican certificados de aptitud médica para Trabajos en alturas y espacios confinados, según aplique, con fecha de expedición inferior a un año, se anexan soportes a este permiso.
(3) Se verifican competencia - entrenamiento para TSA, TEC, trabajo en caliente, energías peligrosas, operación de equipo o maquinaria, trabajos con energía eléctrica; según aplique, se anexan soportes a este permiso.
(4) Se verifican el estado de afiliación al sistema de seguridad social (EPS, ARL, Fondo de Pensiones), se anexan soportes a este permiso.
(5) Para espacios confinados aplican lo siguientes ROLES: Trabajador Entrante, Vigia, Supervisor.

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Juan carlos	1003042138	encargado							
	77124403								
	1081191503	ayudante							

Powered by CamScanner

	CONDICIONES DE SEGURIDAD	**MECÁNICO** Manipulacion de herramientas manuales y equipos	Pangones, golpes, pinchazos, laceraciones, cortadura.	Autocuidado Uso de los EPI (Guantes, gafas, botas, casco)
		LOCATIVO Superficie irregular con	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior	Instalación de Señalización de prevención. Precaución al caminar Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material obstaculizando el paso.	Tropezones, caida, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior.	Mantener el área organizada. Realizar jornada de orden y aseo. Autocuidado. Uso se los EPI (Botas y casco de seguridad)
INSTALACIÓN DE TUBERIA *HIDRAULICA Y RED* CONTRA INCENDIO.	**BIOLÓGICO**	**VIRUS** *Exposición a* enfermedades infecciosas trasmitida de persona a persona	Malestar general, fiebre, gripa, escalofríos, dolor de garganta, congestión nasal, tos, estornudo.	Uso obligatorio de tapa bocas, seguimiento a sintomatología del trabajador afectado. Lavado de mano.
		PICADURA Exposición a picaduras de insectos durante la jornada laboral.	Hinchazón, picazón, dolor, enrojecimiento de la piel, alergias, entumvecimiento, hormigueo.	Autocuidado, mantener las áreas de trabajo inspeccionadas, usar ropa adecuada para realizar las actividades.
	FÍSICO	**RUIDO** Exposición intermitente por manipulación por herramientas electricas (tronzadora, pulidora, taladro)	Afectación auditiva, hipoacusia, estrés, cefalea, fatiga, zumbido	Uso de los EPI protección auditiva cuando se requiera.
		TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo Cefalea	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda hidratarse
		RADIACIONES NO IONIZANTE (SOL)	Afectación en la piel, quemadura , erupción Afectación ocular. Ojos secos.	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans Uso de EPI (gafas, casco, guantes)
	QUIMICO	**SUSTANCIAS QUIMICAS** Manipulación de pagantes para la tuberia..	Afectación en la piel, alergia. Afectación ocular, irritación, ardor, ojos rojos. Afectación respiratoria, irritación. tos.	Uso de los EPI gafas oscuras. humectar áreas de trabajo.
	PSICOSOCIAL	**CARACTERIASTICA DEL GRUPO DE TRABAJO** Diferencias entre trabajadores al realizar las actividades	Disgusto, peleas.	Charla social, trabajo en *equipo. comunicación* asertiva. Seguimiento con el CCL.

Powered by CamScanner

Consorcio Edificaciones ARL	FORMATO	Cod:FT-HSEQ-048
	ANALISIS DE TRABAJO SEGURO	Versión:00
		Fecha: 16/07/2024

Marque dentro de los cuadros SI / NO /NA según el caso. Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN.

SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

1.1 Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MISMO. Indique otras causales si las hay:

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido | Desde: 18 11 2024 | Hora: 7:00 a. m. | Hasta: 23 11 2024 | Hora: 5:00 p. m.

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: **Construcción defensoría del Pueblo - antiguo IDEMA**

1.4 Contratista: Consorcio Edificaciones ARL. - SUBCONTRATISTA TUBERTEC.

1.5 Descripción de la actividad a realizar: ***INSTALACIÓN DE TUBERIA HIDRAULICAS Y RED CONTRA INCENDIO.***

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

Trabajo en caliente	SI	NO ✓	Trabajo en alturas	SI ✓	NO	Espacios confinados	SI	NO ✓	Otro	SI	NO ✓	Cual

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

2.1 Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad.

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	RIESGO	PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
INSPECCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda al personal mantenerse hidratados.
		RADIACIONES NO IONIZANTE (SOL)	Afectación en la piel, quemadura , erupción (manchas) Afectación ocular. Ojos secos. Catarata	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans Uso de los EPI gafas oscuras. Realizar pausa en un
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	LOCATIVO Superficie irregular con diferente nivel	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e inferior	Señalización del área. Autocuidado. Uso de los EPI (Botas y casco de seguridad)
		CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO Material obstaculizando el paso. (alambres, varillas de acero, material para armado de losa entre piso) Excavación en diferentes frentes del proyecto.	Tropezones, caída, golpes fracturas, lesiones en los miembro superior e	Mantener el área organizada. Autocuidado. Uso se los EPI (Botas y casco de seguridad)
INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS MANUALES, A UTILIZAR EN LA ACTIVIDAD.	FISICO	TEMPERATURA EXTREMA (CALOR)	Golpe de calor Deshidratación Mareo, desmayo Cefalea	Instalar un punto de hidratación cerca al área. Se recomienda hidratarse
		RADIACIONES NO IONIZANTE (SOL)	Afectación en la piel, quemadura , erupción (manchas) Afectación ocular. Ojos secos. Catarata	Utilizar ropa adecuada, camisa manga larga - jeans Uso de EPI gafas oscuras. Realizar pausa en un lugar con sombreado.
	BIOMECÁNICO	POSTURAS PROLONGADAS, MANTENIDAS O FORZADAS Durante la inspección de las herramientas a utilizar y el traslado de las mismas.	Lesiones osteomusculares. Fatiga, calambre, lumbalgia, escoliosis.	Higiene postural. Cambio de postura. Realizar pausa activas (estiramiento).
		MOVIMIENTO REPETITIVOS Movimientos propios de la actividad	Lesiones osteomusculares. Tendinitis (Inflamación de los tejidos) Bursitis (Inflamación de las articulaciones)	Higiene postural. Realizar pausa y estiramiento.

Powered by CamScanner

SECCION 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

He tenido conocimiento de la actividad que se realizará en mi área a cargo, validó las recomendaciones descritas en el cuerpo del PERMISO DE TRABAJO Y ATS, realicé inspección de seguridad del área donde se realizará el trabajo (incluir áreas o actividades vecinas), Alerté sobre los riesgos específicos del lugar donde se realizará el trabajo. Se garantizar que las recomendaciones de SST descritas y consignadas serán cumplidas. Verifiqué las buenas condiciones de los equipos y herramientas que serán utilizados. Me aseguré que las personas implicadas están calificadas para la ejecución del servicio y conocen las reglas de seguridad aplicables al trabajo, los procedimientos, normas, políticas aplicables, el plan de emergencias.

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Damaris Salcedo	40960020	RES- SST	/	Dom	Dom	Dom	Dom	Dom	—

SECCION 10- CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades.	SI	NO	NA	Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas).	SI	NO	NA
Área despejada, y aseada demarcación retirada.	SI	NO	NA	Fecha de Cierre: 16-11-24	Hora de Cierre: 5:00 pm		

Powered by CamScanner