# INFORME MENSUAL COMPONENTE SST

## PERIODO
## 17 DE ENERO 2025 AL 16 DE FEBRERO 2025

## INTERVECOP S.A.S.

## PROYECTO:

## CONTRATO N°9174-2024, "OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO "

## REGISTRO DE REVISIONES

## REGISTRÓ DE EDICIONES APROBACIONES

| **CONTRATO No.** | | 9174-2024 | **REPORTE** | 16 /02/2025 |
|---|---|---|---|---|
| **TÍTULO DEL DOCUMENTO** | | Informe mensual componente SST | | |
| **VERSIÓN** | **FECHA** | **DESCRIPCIÓN** | | |
| 1 | 16/02/2025 | Creación del documento | | |
| 2 | 01/03/2025 | Se realiza ajustes del informe , realizando cambio de fecha, agregando en la tabla 1 Datos del proyecto, información de la prórroga, agregando a los anexos los nombres de los soportes. | | |
| 3 | 04/03/2025 | Se agrega tabla con datos de género y escolaridad de la población trabajadora, se adiciona grafico de género y escolaridad población trabajadora . Se adiciona tabla de | | |
| 4 | 13/03/2025 | Se agrega Planillas SS correspondiente al mes de febrero 2025 personal administrativo Independiente y Planilla SS mes de marzo Personal dependiente Intervecop, Se adiciona dentro del anexo 10 Contrato arrendamiento Vehículo para actividades administrativas y de obra del proyecto .En la Tabla 2. Localización puntos de intervención se elimina los punto de intervención Jardín Infantil Marco A Iriarte, jardín Infantil Mi pequeña Casita y jardín Infantil pijaos ubicados en Rafael Uribe Uribe. Se adiciona subtitulo 4.4 INSTALACIONES Y VEHICULO PROYECTO. | | |
| **CONTROL INTERNO** | | | | |
| CONTRATISTA | Residente SST | Annyela Johana Robles Sáenz |  | |
| INTERVENTORIA | Residente SST | Constanza Gallo Salazar |  | |
| | | | | |

## TABLA DE CONTENICO

1 INTRODUCCIÓN ..... 5
2 OBJETIVOS ..... 6
2.1 OBJETIVO GENERAL ..... 6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 6
3 ALCANCE ..... 6
4 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTRATO ..... 7
4.1 DATOS GENERALES DEL CONTRATO ..... 7
4.2 LOCALIZACIÓN DE LOS PROYECTOS ..... 7
4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ..... 8
4.4 INSTALACIONES Y VEHICULO PROYECTO ..... 10
5 NORMATIVA SST ..... 11
6 EJECUCIÓN Y CONTROL DEL SG-SST EN OBRA ..... 13
6.1 CUADRO RESUMEN ..... 13
6.2 SEGUIMIENTO DE PERSONAL ..... 14
6.2.1 PERSONAL MINIMO ADMINISTRATIVO ..... 14
6.2.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PERSONAL ADMINISTRATIVO ..... 15
6.2.3 PERSONAL NUEVO OPERATIVO ..... 17
6.2.4 PERSONAL ANTIGUO ..... 17
6.2.5 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PERSONAL OPERATIVO ..... 18
6.2.6 RETIRO ..... 19
6.3 PERSONAL PROTEGIDO CONSTITUCIONALMENTE ..... 20
6.4 ANÁLISIS SEGUIMIENTO DE PERSONAL ..... 20
6.5 COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ..... 22
6.6 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL ..... 22
6.7 INDUCCIONES ..... 22
6.8 EXÁMENES MEDICOS OCUACIONALES ..... 23
6.9 ENTREGA DE EPI ..... 23
6.10 PLAN DE EMERGENCIAS ..... 24
6.11 SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL ..... 24
6.11.1 PROGRAMA DE INSPECCIONES SST ..... 24
6.11.2 ACTOS INSEGUROS, CONDICIONES INSEGURAS ..... 26

6.11.3 CAPACITACIONES SST ..... 27
6.11.4 MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS ..... 29
6.11.5 MAQUINARIA Y/O EQUIPOS ..... 29
6.12 SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO ..... 29
6.12.1 MORBILIDAD Y ASENTISMO ..... 30
6.12.2 ACTIVIDADES EN OBRA Y TAREAS DE ALTO RIESGOS ..... 30
6.12.3 ACCIDENTALIDAD ..... 31
6.12.4 INDICADORES SST ..... 32
6.12.5 MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS ..... 34
6.12.6 CRONOGRAMA DE TRABAJO ..... 34
6.12.7 REGISTRO FOTOGRÁFICO SST ..... 34
7 CONCLUSIONES ..... 37
ANEXOS ..... 38

# 1 INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de las funciones de contratista adquiridas a través del contrato **de obra N°9174-2024, cuyo objeto "Optimización de la infraestructura de los centros, sedes y predios donde la secretaría distrital de integración social presta sus servicios sociales o requiera de su intervención, en el marco de la implementación del sistema distrital de cuidado"**, se el informe Mensual del contratista del componente de Seguridad y Salud en el Trabajo de la etapa de construcción, correspondiente al periodo comprendido entre el **17 de enero de 2025 al 16 de febrero de 2025.**

Documentando el control del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo- SG-SST del proyecto, en el cual se incluye la entrega de documentación de ingreso (inducciones, entrega de EPP, afiliaciones, notificación de riesgo, exámenes de ingreso) y retiros (paz y salvos) del personal, pago de seguridad social, soportes de capacitación e inspección, reporte de actos y condiciones inseguras, reporte de accidentalidad e incidentes, reporte del cumplimiento de los indicadores propuestos por el contratista de obra, reporte del cumplimiento del plan de trabajo y gestión adelantada obligaciones del contrato de obra.

Es de resaltar que todas las actividades desarrolladas en este componente son armonizadas con las actividades ejecutadas por el área técnica, de forma tal que se garantice el cumplimiento permanente de los objetivos propuestos.

# 2 OBJETIVOS

## 2.1 OBJETIVO GENERAL

Presentar los registros de ejecución y control de las actividades establecidas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo- SGSST del contrato de obra N°9174-2024, cuyo objeto "*Optimización de la infraestructura de los centros, sedes y predios donde la secretaría distrital de integración social presta sus servicios sociales o requiera de su intervención, en el marco de la implementación del sistema distrital de cuidado*" ejecutado por la empresa Intervecop SAS durante el periodo comprendido del **17 de enero de 2025 al 16 de febrero de 2025.**

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las actividades desarrolladas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST.
- Generar registros que evidencien el cumplimiento de las actividades SST por parte del contrato de obra.
- Cumplir con la totalidad de las actividades SST dando cumplimento a lo establecido en el contrato, a las leyes, decretos, resoluciones, normas, manuales y guías de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente para el contrato.
- Ejecutar las medidas de manejo de Seguridad y Salud en el Trabajo establecida para el contrato.
- Cumplir con el reporte de pagos de seguridad social del personal de obra
- Reportar el cumplimiento de los indicadores establecidos en el SG-SST.
- Cumplir con la documentación mínima requerida del personal nuevo, antiguo y retiros.
- Cumplir con los lineamientos SST establecidos por el contratista
- Reportar el manejo de la accidentalidad presentada en el proyecto.

# 3 ALCANCE

El **informe SST** aplica para todas las actividades de obra correspondientes al contrato de obra No. °9174-2024, cuyo objeto "*Optimización de la infraestructura de los centros, sedes y predios donde la secretaría distrital de integración social presta sus servicios sociales o requiera de su intervención, en el marco de la implementación del sistema distrital de cuidado*" , durante la ejecución del periodo del **17 de enero de 2025 al 16 de febrero de 2025.**

# 4 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CONTRATO

## 4.1 DATOS GENERALES DEL CONTRATO

A continuación, se presenta la información principal de los contratos de obra e Interventoría, quienes serán los encargados de la ejecución y seguimiento a la ejecución del proyecto.

**Tabla 1.** Datos del proyecto

| DATOS DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| Nombre o razón social: | Intervecop SAS |
| NIT: | 901516211-1 |
| Dirección: | CRA 6 N 62 50 OFICINA 310 EDIFICIO PLAZA |
| Teléfono: | 3046776844 |
| Correo electrónico: | intervecopsas@gmail.com |
| **DATOS DEL CONTRATO** | |
| Contrato Contratista No: | 9174-2024 |
| Objeto del contrato Contratista: | Optimización de la infraestructura de los centros, sedes y predios donde la secretaría distrital de integración social presta sus servicios sociales o requiera de su intervención, en el marco de la implementación del sistema distrital de cuidado |
| Entidad Contratante: | Secretaria de Integración Social |
| Interventoría | NOGAALL S.A.S.<br>Nit 830.090.010-1<br>Ciudad de notificación: Bogotá D.C<br>Dirección: Calle 59ª bis N 5 -35 Ofc.704 Edificio Link-7-60 Bogotá<br>Correo:Contrato.9222@gruponogaall.com |
| Fecha de inicio | 17 de diciembre de 2024 |
| Fecha de finalización | 31 de diciembre de 2024 |
| Prorroga N°1 inicio | 30 de diciembre de 2024 |
| Prorroga N°1 finalización | 01 de marzo de 2025 |

Fuente. Intervecop SAS

## 4.2 LOCALIZACIÓN DE LOS PROYECTOS

Las actividades constructivas a desarrollarse propias del contrato 9174-2024 se desarrollarán en la ciudad de Bogotá, en las direcciones que aparecen en el siguiente listado:

**Tabla 2.** Localización puntos de intervención

| LOCALIDAD | TIPO DE SERVICIO | UNIDAD OPERATIVA |
|---|---|---|
| USME | JARDIN INFANTIL | OASIS |

| LOCALIDAD | TIPO DE SERVICIO | UNIDAD OPERATIVA |
|---|---|---|
| USME | JARDIN INFANTIL | NUEVA ESPERANZA OLIVARES |
| USME | JARDIN INFANTIL | LAS FLORES |
| USME | CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO | JULIO CESAR SANCHEZ |
| USME | CASA SABIDURIA ADULTO MAYOR | CELEBRA LA VIDA |
| USME | CASA SABIDURIA ADULTO MAYOR | SAN DAVID |
| SUMAPAZ | CASA SABIDURIA ADULTO MAYOR | VERDEGAL |
| RAFAEL URIBE URIBE | JARDIN INFANTIL | SAMORE |
| RAFAEL URIBE URIBE | CASA SABIDURIA ADULTO MAYOR | PALABRAS MAYORES |
| SAN CRISTOBAL | JARDIN SOCIAL | SAN JERONIMO DE YUSTE |
| SAN CRISTOBAL | JARDIN INFANTIL | BELLO HORIZONTE |
| SAN CRISTOBAL | CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO | SAN BLAS |
| SAN CRISTOBAL | CENTRO CRECER | BALCANES |
| SAN CRISTOBAL | CASA SABIDURIA ADULTO MAYOR | MONTAÑA DEL SABER |
| SAN CRISTOBAL | COMUNIDAD DEL CUIDADO | COMUNIDAD DE CUIDADO BELLO HORIZONTE |

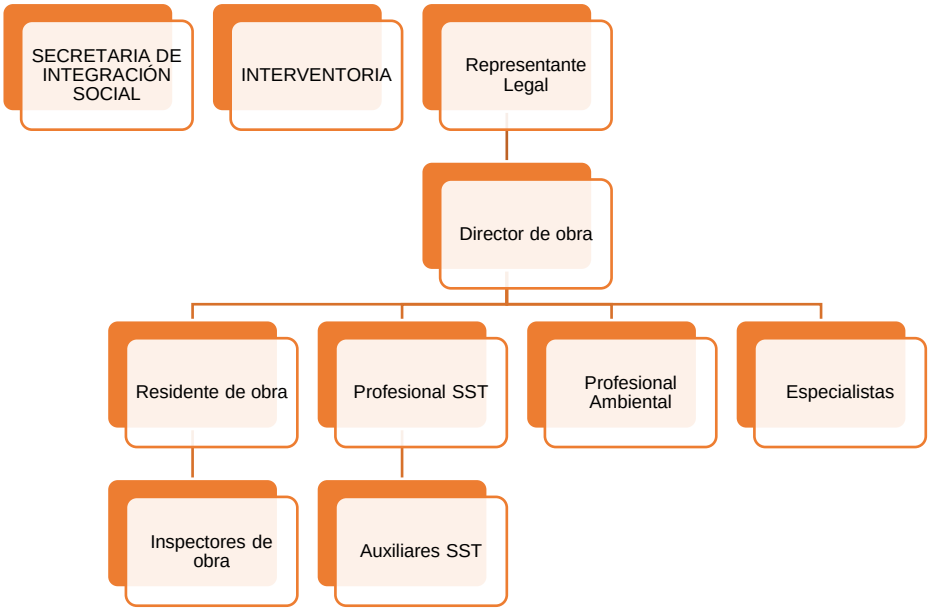
Fuente. Intervecop SAS

### 4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

A continuación, se presenta la estructura organizacional del contrato obra No. °9174-2024, cuyo objeto "*Optimización de la infraestructura de los centros, sedes y predios donde la*

*secretaría distrital de integración social presta sus servicios sociales o requiera de su intervención, en el marco de la implementación del sistema distrital de cuidado*"

**Ilustración 1.** Organigrama




Fuente. Intervecop SAS

En la siguiente tabla se relaciona el equipo personal SST para el contrato

**Tabla 3.** Equipo mínimo SST

| CARGO | NOMBRE Y APELLIDO | DEDICACIÓN |
|---|---|---|
| Profesional SST | Annyela Johana Robles Sáenz | 50% |
| Auxilia SST 1 | Ginna Marcela González Fonseca | 100% |
| Auxilia SST 2 | Christian Andrés Obando Castañeda | 100% |
| Auxiliar SST 3 | Jaccel Johanna López López | 100% |
| Auxiliar SST 4 | Adriana María Mahecha Herrera | 100% |

Fuente. Intervecop SAS

### 4.4 INSTALACIONES Y VEHICULO PROYECTO

A continuación, se relacional las ilustraciones de oficina sede Bogotá y vehículo utilizado para actividades del proyecto

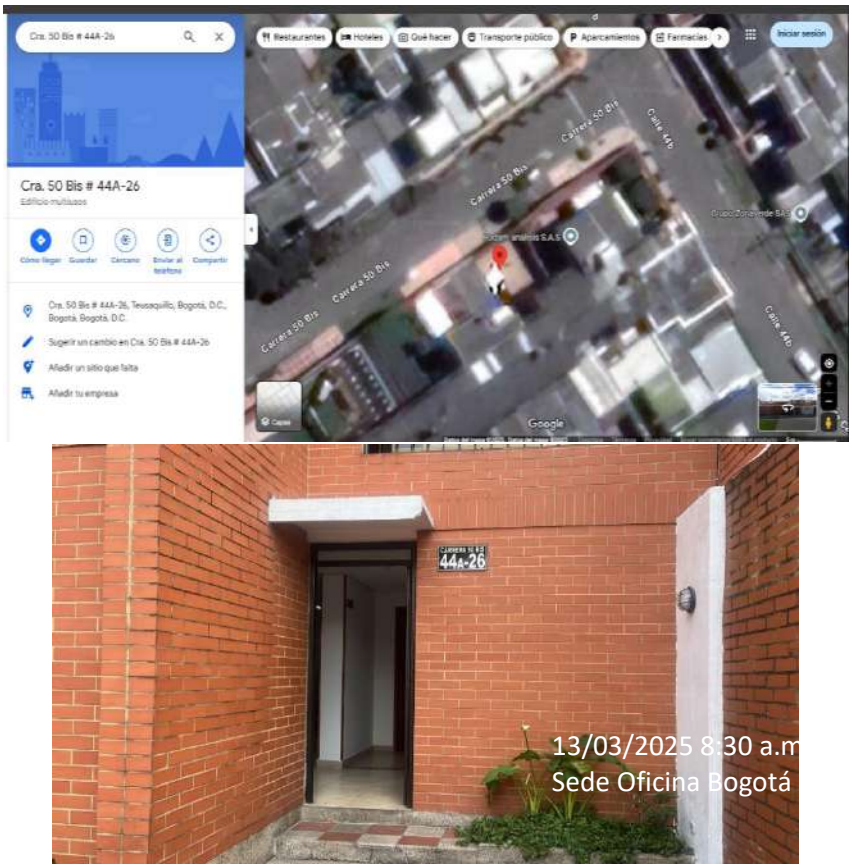



**Ilustración 2**: Localización oficina sede Bogotá
Fuente: Google maps y propia










**Ilustración 3**: Vehículo actividades proyecto
Fuente: Google maps y propia

**Tabla 4:** Información vehículo

| VEHICULO | PLACA | SOAT | TM |
|---|---|---|---|
| vehículo | BNY464 | 19/09/2025 | 15/01/2026 |

Fuente. Intervecop SAS

En el Anexo 10 Maquinaria y Equipos, se anexa contrato arrendamiento vehículo.

## 5 NORMATIVA SST

Uno de los compromisos de la empresa es el cumplimiento de la normatividad vigente en SST que son aplicables a la organización artículo 2.2.4.6.12 numeral 15, articulo 2.2.4.6.17 numeral 1, articulo 2.2.4.6.16 numeral 1, articulo 2.2.4.6.22 numeral 1 , articulo 2.2.4.6.18 numeral 4, articulo 2.2.4.6.31 numeral 13, articulo 2.2.4.6.34 numeral 7 del decreto1072 del 2015.

Se tiene definido una matriz para la identificación de requisitos legales y de otra índole (requisitos contractuales, acuerdos, convenios) que garantiza la inclusión y análisis oportuno de nuevos requisitos que le apliquen a la empresa.

Adicionalmente define el cómo la empresa, dará cumplimiento a los requisitos legales y de otra índole identificados. Además, establece una periodicidad de revisión de cumplimiento de los requisitos legales y de otra índole identificados.

Resultado de esta identificación la empresa, ha definido como registro la matriz de requisitos legales que se mantiene actualizada con todos los requisitos legales y de otra índole en materia de SST. Cuando es pertinente los requisitos legales identificados son comunicados a los trabajadores y las partes interesadas pertinentes.

Otras normas SST son:

- **Ley 9 de 1979**: Obliga a establecer un Programa de Salud Ocupacional en los lugares de trabajo.

- **Resolución 2400 de 1979:** Define las disposiciones acerca de seguridad, higiene y vivienda en los lugares de trabajo.

- **Resolución 2013 de 1986:** Reglamenta el funcionamiento y la organización del COPASST - Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo ( Decreto Ley 1295 de 1994 Art 63)

- **Decreto de Ley 1295 de 1994:** Está enfocado en el Sistema General de Riesgos Profesionales y su enfoque es determinar su administración.

- **Resolución 652 de 2012:** Establece el funcionamiento del Comité de convivencia laboral en empresas privadas y en entidades públicas; además de dictar otras disposiciones.

- **Ley 1562 de 2012:** Esta norma da luz de los conceptos del Sistema General de Riesgos Laborales, que es definido como el grupo de organizaciones, procedimientos y normas que deben seguirse para prevenir y proteger a todos los colaboradores de enfermedades o posibles accidentes a los que están expuestos en su trabajo.

- **Ley 1616 de 2013:** Esta ley establece la atención en salud mental que debe recibir el colaborador. Incluye los planes de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

- **Decreto 1072 de 2015:** Este decreto muestra qué es el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Es decir que, demuestra el por qué el SG-SST permite que las organizaciones encuentren beneficios como el de proteger a sus trabajadores, a la vez que hace un cumplimiento legal, y debe integrarse con los otros sistemas de la organización con el objetivo de mejorar la gestión.

- **Resolución 312 de 2019:** Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST para todas las empresas, de acuerdo con el nivel de riesgo y números de trabajadores

- **Normativa actividades de alto riesgo:** Resolución 4272 de 2021 – Trabajo en alturas
  Resolución 0491 de 2020 – Espacios confinados, Resolución 5018 de 2019 – Riesgo eléctrico

## 6 EJECUCIÓN Y CONTROL DEL SG-SST EN OBRA

Durante el periodo comprendido entre el 17 de enero 2025 al 16 de febrero 2025, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Revisión y ajustes solicitudes Interventoría
- Afiliaciones al sistema general de seguridad social al personal de la etapa construcción.
- Inducciones de ingreso
- Charlas y/o capacitaciones
- Suministro y entrega de dotación
- Instalación de señalización y equipos de emergencia.
- Seguimiento y reporte de accidentalidad.
- Seguimiento y reporte de actos y condiciones inseguras.
- Reporte de programa de inspección.

### 6.1 CUADRO RESUMEN

**Tabla 5.** Resumen actividades SST

| ITEM | CANTIDAD | FECHA | DESCRIPCIÓN | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| Incidentes de trabajo reportados | 0 | N/A | N/A | N/A |
| Accidentes de trabajo | 0 | N/A | N/A | N/A |
| Enfermedades laborales | 0 | N/A | N/A | N/A |
| Emergencias | 0 | N/A | N/A | N/A |

Fuente. Intervecop

### 6.2 SEGUIMIENTO DE PERSONAL

Durante el periodo comprendido entre el 17 de enero 2025 al 16 de febrero 2025, se presentó el siguiente manejo de personal:

#### 6.2.1 PERSONAL MINIMO ADMINISTRATIVO

Durante el periodo de reporte se presentó el personal mínimo contractual en el cual se referencia en la **Tabla 5**. . (**Anexo 2** Planillas Seguridad Social)

**Tabla 6.** Personal mínimo administrativo del contrato.

| No | CARGO | NOMBRE Y APELLIDOS | IDENTIFICACION | ARL | EPS | PENSION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Director de obra | Johan Vicente Villa Orjuela | 11.226.218 | Colmena | Sanitas | Colfondos |
| 2 | Especialista estructural | Juan Carlos Cortes Cortes | 80.229.176 | Colmena | Compensar | Colfondos |
| 3 | Especialista redes húmedas | Juan Sebastián Navia Ortiz | 1.018.410.720 | Colmena | Sura | Protección |
| 4 | Especialista redes secas | Marconel Antonio Barreto Negrete | 78.745.965 | Colmena | Mutual ser | Porvenir |
| 5 | Profesional SG-SST - coordinador alturas | Annyela Johana Robles Sáenz | 1.019.019.746 | Colmena | Famisanar | Colpensiones |
| 6 | Profesional ambiental | Joan Sebastián Diaz González | 1.018.451.468 | Colmena | Sura | Colpensiones |
| 7 | Especialista en control de programación y presupuestos | Raymundo Nicolas Guerrero Cordero | 15.683.850 | Colmena | Salud Total | Colpensiones |
| 8 | Residente de obra | Andrés Felipe Cantor Montenegro | 1.106.898.559 | Colmena | Famisanar | Porvenir |
| 9 | | Daniel José Nieves Vergara | 10.765.872 | Colmena | Nueva EPS | protección |
| 10 | Inspector de obra | Yiseth Johanna Barrios Garces | 1.067.406.568 | Colmena | Mutual ser | Porvenir |
| 11 | | Sergio Leonardo Aguiedo Gómez | 1.024.525.886 | Colmena | Sanitas | Colpensiones |
| 12 | | Javier Iván Rincón León | 79.713.364 | Colmena | Famisanar | Porvenir |

| No | CARGO | NOMBRE Y APELLIDOS | IDENTIFICACION | ARL | EPS | PENSION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | | Jaime Eduardo Rodríguez Quintero | 1.053.782.525 | Colmena | Nueva EPS | protección |
| 14 | | Alex Javier Montes García | 10.777.811 | Colmena | Salud total | Colpensiones |
| 15 | | José Luis Correa Ávila | 1.067.403.894 | Colmena | Nueva EPS | Protección |
| 16 | Profesional auxiliar SST | Christian Andrés Obando Castañeda | 1.030.597.363 | Colmena | Compensar | Porvenir |
| 17 | | Jaccel Johanna López López | 1.121.879.260 | Colmena | Sanitas | Porvenir |
| 18 | | Adriana María Mahecha Herrera | 52.964.257 | Colmena | Salud total | Porvenir |
| 19 | | Ginna Marcela González Fonseca | 1.023.861.208 | Colmena | Salud total | Porvenir |

Fuente: Intervecop

### 6.2.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PERSONAL ADMINISTRATIVO

En el siguiente cuadro se describe la información sociodemográfica del personal administrativo del proyecto

**Tabla 7**: Perfil sociodemográfico personal administrativo

| No | CARGO | NOMBRE Y APELLIDOS | IDENTIFICACION | GENERO | ESCOLARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Director de obra | Johan Vicente Villa Orjuela | 11.226.218 | Masculino | Posgrado |
| 2 | Especialista estructural | Juan Carlos Cortes Cortes | 80.229.176 | Masculino | Posgrado |
| 3 | Especialista redes húmedas | Juan Sebastián Navia Ortiz | 1.018.410.720 | Masculino | Posgrado |
| 4 | Especialista redes secas | Marconel Antonio Barreto Negrete | 78.745.965 | Masculino | Posgrado |
| 5 | Profesional SG-SST - coordinador alturas | Annyela Johana Robles Sáenz | 1.019.019.746 | Femenino | Posgrado |

| No | CARGO | NOMBRE Y APELLIDOS | IDENTIFICACION | GENERO | ESCOLARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | Profesional ambiental | Joan Sebastián Diaz González | 1.018.451.468 | Masculino | Posgrado |
| 7 | Especialista en control de programación y presupuestos | Raymundo Nicolas Guerrero Cordero | 15.683.850 | Masculino | Posgrado |
| 8 | Residente de obra | Andrés Felipe Cantor Montenegro | 1.106.898.559 | Masculino | Posgrado |
| 9 | | Daniel José Nieves Vergara | 10.765.872 | Masculino | Posgrado |
| 10 | Inspector de obra | Yiseth Johanna Barrios Garces | 1.067.406.568 | Femenino | Profesional |
| 11 | | Sergio Leonardo Aguiedo Gómez | 1.024.525.886 | Masculino | Profesional |
| 12 | | Javier Iván Rincón León | 79.713.364 | Masculino | Tecnólogo |
| 13 | | Jaime Eduardo Rodríguez Quintero | 1.053.782.525 | Masculino | Tecnólogo |
| 14 | | Alex Javier Montes García | 10.777.811 | Masculino | Profesional |
| 15 | | José Luis Correa Ávila | 1.067.403.894 | Masculino | Profesional |
| 16 | Profesional auxiliar SST | Christian Andrés Obando Castañeda | 1.030.597.363 | Masculino | Posgrado |
| 17 | | Jaccel Johanna López López | 1.121.879.260 | Femenino | Profesional |
| 18 | | Adriana María Mahecha Herrera | 52.964.257 | Femenino | Profesional |
| 19 | | Ginna Marcela González Fonseca | 1.023.861.208 | Femenino | Profesional |

Fuente: Intervecop

### 6.2.3 PERSONAL NUEVO OPERATIVO

Durante el periodo de reporte se presentó el ingreso de (14) personas en el **anexo 1** se presenta los soportes de ingreso de personal (certificados de ARL, EPS, AFP, Exámen médico y antecedentes) (**Anexo 1** Documentación Ingreso de personal)

**Tabla 8:** Personal operativo nuevo

| ID | NOMBRES Y APELLIDOS | Cargo | Contratista | EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC1103498743 | Diego Armando Arrieta Baleta | Maestro | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | porvenir | Sura |
| CC 7675915 | Alfonso Enrique Muñoz Olaya | Ayudante | González Palencia Apolinar | Salud Total | Porvenir | Sura |
| CC 1103098168 | Jaider Manuel Álvarez Salgado | Oficial | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | Porvenir | Sura |
| CC 9272338 | Diover Cárcamo Morales | Oficial | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | Porvenir | Sura |
| CC 79499787 | Joselito Suarez Bermúdez | Aux. Soldador | Metalprime s.a.s. | Famisanar | Protección | Sura |
| CC 1067863224 | Samir Andrés Caballero Romero | Soldador | Metalprime s.a.s. | Sanitas | Colfondos | Sura |
| CC 1050845674 | Roberto Jairo Caraballo Cárcamo | Ayudante | Metalprime s.a.s. | Sanitas | Protección | Sura |
| CC 1022391580 | Jean Carlos Blandon Velez | Ayudante | Metalprime s.a.s. | Sanitas | Protección | Sura |
| CC 80880893 | Luis Carlos Escobar Mojica | Ayudante | Metalprime s.a.s. | Compensar | Protección | Sura |
| CC 80920940 | Juan Pio Saenz Beltran | Instalador de cubiertas | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | Protección | Sura |
| CC 1079886738 | Luis David Ropain Olaya | Ayudante | González Palencia Apolinar | Coosalud | Porvenir | Sura |
| CC 1070810409 | Angel Emiro Medrano Carriazo | Ayudante | González Palencia Apolinar | Famisanar | Protección | Sura |
| CC 8043915 | Jorge Enrique Gomez | Instalador de cubiertas | González Palencia Apolinar | Famisanar | Colpensiones | Sura |
| CC 80215735 | Luis Deiver Chaves Otalora | Trabajador Cubierta | González Palencia Apolinar | Famisanar | Colpensiones | Sura |

Fuente: Intervecop

### 6.2.4 PERSONAL ANTIGUO

Durante el periodo del informe , se presentó el siguiente manejo de personal antiguo del proyecto. (**Anexo 2** Planillas Seguridad Social)

**Tabla 9.** Seguimiento personal antiguo operativo

| ID | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CONTRATISTA | EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 11172423 | Apolinar González Palencia | Contratista | González Palencia Apolinar | Compensar | Protección | Sura |
| CC 1063147917 | Yeison Andrés Hernández Pérez | Oficial | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | Porvenir | Sura |
| CC 1116498924 | Edgardo Araujo Rojas | Ayudante | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | Porvenir | Sura |
| CC 78758678 | Alberto Enrique Álvarez Saavedra | Oficial | González Palencia Apolinar | Famisanar | Protección | Sura |
| CC 1064802885 | Johan Andrés Chávez Toro | Ayudante | González Palencia Apolinar | Salud total | Porvenir | Sura |
| CC 1049316283 | Carlos Romero Botello | Oficial | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | Porvenir | Sura |
| CC 1051669561 | Yeis Carcamo Martínez | Ayudante | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | Protección | Sura |
| CC 85451006 | José Luis Cadena Mango | Oficial | González Palencia Apolinar | Famisanar | Colpensiones | Sura |

Fuente: Intervecop

### 6.2.5 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PERSONAL OPERATIVO

En el siguiente cuadro se describe la información sociodemográfica del personal administrativo del proyecto

**Tabla 10.** Seguimiento ingreso de personal operativo

| ID | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CONTRATISTA | GENERO | ESCOLARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| CC 11172423 | Apolinar González Palencia | Contratista | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 1063147917 | Yeison Andrés Hernández Pérez | Oficial | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 1116498924 | Edgardo Araujo Rojas | Ayudante | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 78758678 | Alberto Enrique Álvarez Saavedra | Oficial | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 1064802885 | Johan Andrés Chávez Toro | Ayudante | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 1049316283 | Carlos Romero Botello | Oficial | González Palencia Apolinar | Masculino | Primaria |
| CC 85451006 | José Luis Cadena Mango | Oficial | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 1051669561 | Yeis Cárcamo Martínez | Ayudante | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC1103498743 | Diego Armando Arrieta Baleta | Maestro | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |

| ID | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CONTRATISTA | GENERO | ESCOLARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| CC 7675915 | Alfonso Enrique Muñoz Olaya | Ayudante | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 1103098168 | Jaider Manuel Álvarez Salgado | Oficial | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 9272338 | Diover Cárcamo Morales | Oficial | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 79499787 | Joselito Suarez Bermúdez | Aux. Soldador | Metalprime s.a.s. | Masculino | Bachiller |
| CC 1067863224 | Samir Andrés Caballero Romero | Soldador | Metalprime s.a.s. | Masculino | Bachiller |
| CC 1050845674 | Roberto Jairo Caraballo Cárcamo | Ayudante | Metalprime s.a.s. | Masculino | Bachiller |
| CC 1022391580 | Jean Carlos Blandón Vélez | Ayudante | Metalprime s.a.s. | Masculino | Bachiller |
| CC 80880893 | Luis Carlos Escobar Mojica | Ayudante | Metalprime s.a.s. | Masculino | Bachiller |
| CC 80920940 | Juan Pio Sáenz Beltrán | Instalador de cubiertas | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 1079886738 | Luis David Ropain Olaya | Ayudante | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 1070810409 | Ángel Emiro Medrano Carriazo | Ayudante | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 8043915 | Jorge Enrique Gómez | Instalador de cubiertas | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |
| CC 80215735 | Luis Deiver Chaves Otalora | Trabajador Cubierta | González Palencia Apolinar | Masculino | Bachiller |

Fuente: Intervecop

### 6.2.6 RETIRO

Durante el periodo del informe se presentó un total de (3) retiros del personal que adelantó actividades en el proyecto. (**Anexo 12** Paz y Salvos)

**Tabla 11.** Retiro personal

| ID | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CONTRATISTA | EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1063147917 | Yeison Andrés Hernández Pérez | Oficial | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | Porvenir | Sura |
| CC 1103098168 | Jaider Manuel Álvarez Salgado | Oficial | González Palencia Apolinar | Nueva EPS | Porvenir | Sura |
| CC 1053782525 | Jaime Eduardo Rodríguez Quintero | Inspector de obra | Intervecop SAS | Nueva EPS | Protección | Colmena |

Fuente: Intervecop

### 6.3 PERSONAL PROTEGIDO CONSTITUCIONALMENTE

En la siguiente tabla se relacional el personal protegido constitucionalmente, de acuerdo con lo establecido en el contrato N°9174-2024

**Tabla 12.** Personal Protegido Constitucionalmente

| ID | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | CERTIFICADO |
|---|---|---|---|
| CC 1049316283 | Carlos Romero Botello | Oficial | Si |
| CC 85451006 | José Luis Cadena Mango | Oficial | Si |

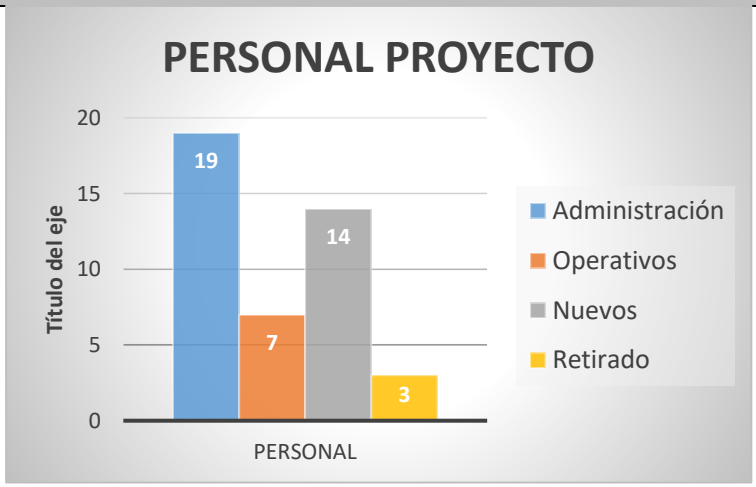
Fuente: Intervecop

En el anexo 15 Certificado Persona Protegido Constitucionalmente se encuentra los certificados del personal relacionado en la tabla

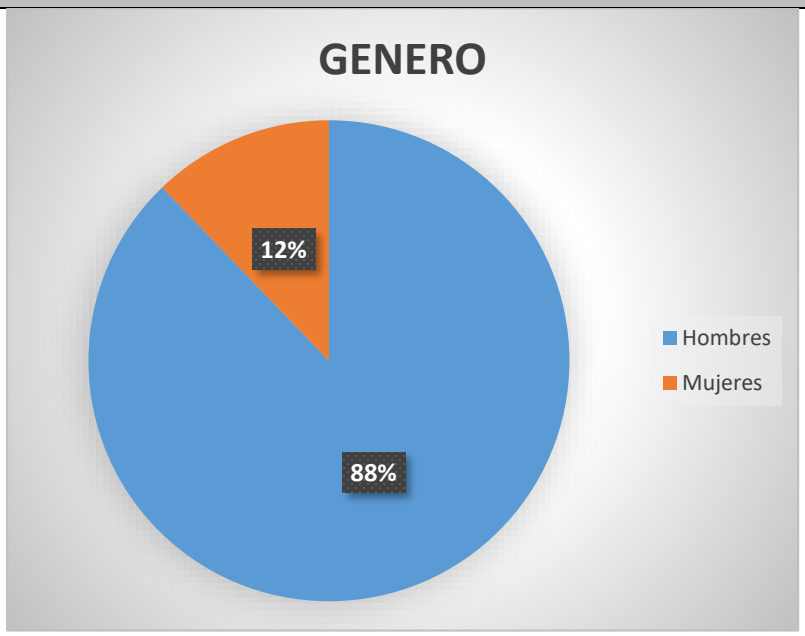
### 6.4 ANÁLISIS SEGUIMIENTO DE PERSONAL

A continuación, se muestra las gráficas referentes al análisis de seguimiento del personal

**Tabla 13.** Análisis seguimiento personal

| SEGUIMIENTO DE PERSONAL | |
|---|---|
|  | **Total, personal:**<br>41 Trabajadores<br><br>Administrativos: 19 personas<br>operativos 8 personas<br>Nuevos: 14 personas<br>Retiro: 3 personas<br><br>En la tabla 5, 7,8 y 10, se presenta el personal que participo en el proyecto durante el mes del informe. |

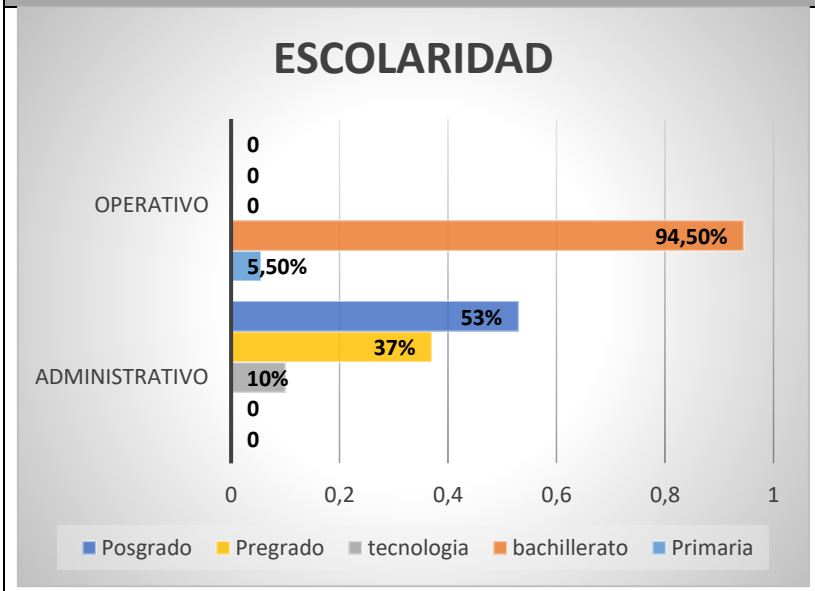
## GENERO




**Total, personal:**
41 Trabajadores

Hombres 36 personas
Mujeres 5 personas

## Escolaridad




**Total, personal:**
41 Trabajadores

**Administrativo**

| | |
|---|---|
| Primaria | 0 |
| Bachillerato | 0 |
| Tecnología | 2 |
| Pregrado | 7 |
| Posgrado | 10 |

**Operativo**

| | |
|---|---|
| Primaria | 1 |
| Bachillerato | 21 |
| Tecnología | 0 |
| Pregrado | 0 |
| Posgrado | 0 |

Fuente . Intervecop

### 6.5 COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

De acuerdo con lo establecido en la resolución 2013 de 1986 y Decreto 1295 de 1994, Art. 63, el cual se conformó el día 06 de febrero del 2025, de acuerdo con la siguiente tabla (Anexo 8 Comités (COPASST y COCOLA):

**Tabla 14.** Miembros del COPASST

| No. | NOMBRE DEL TRABAJADOR | CEDULA | CARGO EL COPASST |
|---|---|---|---|
| 1 | Ginna Marcela González Fonseca | 1.023.861.208 | Principal 1 |
| 2 | Apolinar González Valencia | 11.172.423 | Principal 2 |
| 3 | Alfonso Enrique Muñoz Olaya | 7.675.915 | Suplente 1 |
| 4 | Johan Andrés Chávez Toro | 1.064.802.885 | Suplente 1 |

Fuente . Intervecop

### 6.6 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Dando cumplimiento legal en lo referente a la Resolución 1356 de 2012, artículos 1 y 2 y a las exigencias de la Resolución , Intervecop realiza conformación del comité COCOLA, el día 06 de febrero 2025, de acuerdo a la siguiente tabla (Anexo 8 Comités (COPASST y COCOLA):

**Tabla 15.** Miembros del COCOLA

| No. | NOMBRE DEL TRABAJADOR | CEDULA | CARGO EL COCOLA |
|---|---|---|---|
| 1 | Andrés Felipe Cantor | 1.106.898.559 | Presidente |
| 2 | Johan Andrés Chávez Toro | 1.064.802.885 | Secretario |

Fuente. Intervecop

### 6.7 INDUCCIONES

Durante el periodo Intervecop realizó (26) inducciones Ver Anexo 3 Inducción . Algunos temas que se contemplaron dentro de la inducción fueron:

- Presentación de la empresa y generalidades.
- Políticas corporativas (SST, No alcohol, drogas y tabaquismo, no acoso laboral, cliente).
- Presentación del sistema integrado de gestión.
- Control y distribución de documentación.
- Aspectos legales en seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente.
- Deberes y derechos del sistema de riesgos laborales.
- Peligros para la seguridad y salud en el trabajo presentes en la labor, así como sus medidas de prevención y control.
- Aspectos e impactos ambientales presentes en la labor, así como sus medidas de prevención y control.

- Reglamentos de higiene y seguridad industrial
- Uso adecuado y mantenimiento de los Elementos de Protección Personal.
- Aspectos generales plan de emergencia

Durante el mes se presentaron 7 sesiones, teniendo una duración de 2 horas, con una cobertura de 15 trabajadores operativos (**Anexo 3** Inducción ):

**Tabla 16.** Reporte de inducciones

| Fecha | Tema | Sesiones | Tiempo | N° de Asistentes | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Horas | Asist. | Prog. |
| 20/012025 | Inducción SSTA | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 22/01/2025 | Inducción SST | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 24/01/2025 | Inducción SST | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 28/01/2025 | Inducción SST | 1 | 2 | 7 | 7 |
| 29/01/2025 | Inducción SST | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 30/01/2025 | Inducción SST | 1 | 2 | 1 | 1 |
| **TOTAL** | | 7 | 14 | 14 | 14 |

Fuente. Intervecop

### 6.8 EXÁMENES MEDICOS OCUACIONALES

Durante el mes de reporte, se realizó un total de (14) exámenes médicos de ingreso.

Acorde a los resultados se realizó la línea base de condiciones de salud con base en las recomendaciones del examen ocupacional de ingreso. Estos documentos se encuentran el del anexo 1 Documentación ingreso de personal.

.**Tabla 17.** Seguimiento exámenes médicos

| TIPO DE EXAMEN MEDICO | CANTIDAD |
|---|---|
| Examen de ingreso Administrativos | 0 |
| Examen de ingreso contratistas | 0 |
| Exámenes de ingreso operativos | 14 |

Fuente . Intervecop

### 6.9 ENTREGA DE EPI

El durante el periodo de reporte se realizó entrega de elementos de protección personal a (15) de los trabajadores que ingresaron al contrato **N°9174-2024.**En el anexo 4 se adjuntan los soportes de entrega de EPP's firmados por cada trabajador.

**Tabla 18.** Entrega de EPP

| Entrega de EPP | CANTIDAD |
|---|---|
| Personal Antiguo | 11 |
| Personal Nuevo | 14 |

Fuente . Intervecop

## 6.10 PLAN DE EMERGENCIAS

Intervecop , cuenta con un plan de emergencias el cual se ha explicado en las inducciones al personal nuevo que ingresan . La empresa se acogerá al plan de emergencia de cada uno de los puntos de intervención asignados por el SDIS.

Se informa que, en instalaciones de las oficinas y frentes de obra, se cuenta con los elementos necesarios para la atención de emergencias tales como camilla, extintores y botiquines los cuales se encuentran en condiciones adecuadas.

**Ilustración 4:** Kit de emergencia



## 6.11 SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

### 6.11.1 PROGRAMA DE INSPECCIONES SST

Durante el periodo de reporte, se informa que conforme al plan de trabajo se realizaron actividades de inspección de acuerdo con la tabla 15 (Anexo 6 Soportes inspecciones):

**Tabla 19.** Seguimiento inspecciones

| INSPECCIONES | FECHA | LUGAR | OBSERVACIONES | PLAN DE ACCIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Rotomartillo y pulidora | 2025-01-20 | Bello Horizonte | Estado del equipo Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-01-23 | Bello Horizonte | Estado del vehículo Bien | N/A |

| INSPECCIONES | FECHA | LUGAR | OBSERVACIONES | PLAN DE ACCIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Equipo de soldadura y compresor de aire | 2025-01-24 | Nueva Esperanza | Estado del equipo Bien | N/A |
| Control uso EPP | 2025-01-25 | General | Estado Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-01-25 | Oasis, Nueva Esperanza , Samore | Estado del vehículo Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-01-25 | Oasis, Nueva Esperanza , Samore | Estado del vehículo Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-01-27 | Bello Horizonte | Estado del vehículo Bien | N/A |
| EPCC | 2025-01-28 | CDC Julio Cesar | Estado Bien | N/A |
| EPCC | 2025-01-28 | CDC Julio Cesar | Estado Bien | N/A |
| EPCC y andamio | 2025-01-28 | Nueva Esperanza | Estado Bien | N/A |
| Andamio | 2025-01-28 | Nueva Esperanza | Estado Bien | N/A |
| Herramienta eléctrica menor | 2025.01-27 al 2025 -02-02 | Bello Horizonte | Estado de los equipos Bien | N/A |
| Herramienta eléctrica menor | 2025.01-27 al 2025 -02-01 | Nueva Esperanza | Estado de los equipos Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-01-30 | Bello Horizonte | Estado del vehículo Bien | N/A |
| Seguridad General | 2025-01-31 | Bello Horizonte | Estado Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-02-03 | Bello Horizonte | Estado del vehículo Bien | N/A |
| Andamio | 2025-02-03 | Nueva Esperanza | Estado Bien | N/A |
| Herramienta eléctrica menor | 2025.02.03 al 2025 -02-08 | Bello Horizonte | Estado de los equipos Bien | N/A |
| Herramienta eléctrica menor | 2025.02-03 al 2025 -02-08 | Nueva Esperanza | Estado de los equipos Bien | N/A |
| EPCC | 2025-02-03 | Nueva Esperanza | Estado Bien | N/A |
| EPCC | 2025-02-04 | CDC Julio Cesar | Estado Bien | N/A |
| EPCC | 2025-02-04 | CDC San Blas | Estado Bien | N/A |
| Andamio | 2025-02-05 | Nueva esperanza | Estado Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-02-07 | Bello Horizonte y | Estado del vehículo Bien | N/A |

| INSPECCIONES | FECHA | LUGAR | OBSERVACIONES | PLAN DE ACCIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | CDC San Blass | | |
| Vehículo | 2025-02-08 | CDC Julio Cesar, Nueva Esperanza, Samore | Estado del vehículo Bien | N/A |
| EPCC | 2025-02-08 | Nueva Esperanza | Estado Bien | N/A |
| Mezcladora de concreto | 2025-02-10 al 2025-02-16 | Bello Horizonte | Estado del equipo Bien | N/A |
| Canguro | 2025-02-10 al 2025-02-16 | Bello Horizonte | Estado del equipo Bien | N/A |
| Botiquín | 2025-02-10 | Nueva Esperanza | Estado Bien | N/A |
| Extintor | 2025-02-10 | Nueva Esperanza | Estado Bien | N/A |
| Herramienta eléctrica menor | 2025.02.10 al 2025 -02-15 | Nueva Esperanza | Estado de los equipos Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-02-11 | CDC San Blass | Estado del vehículo Bien | N/A |
| Herramienta eléctrica menor | 2025.02.12 al 2025 -02-15 | Oasis | Estado de los equipos Bien | N/A |
| EPCC | 2024-02-12 | Oasis | Estado Bien | N/A |
| Equipo de soldadura | 2025-02-12 | Oasis | Estado del equipo Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-02-14 | Bello Horizonte | Estado del vehículo Bien | N/A |
| Vehículo | 2025-02-17 | General | Estado del vehículo Bien | N/A |

Fuente . Intervecop

En el Anexo 6 Soportes inspecciones se presentan los soportes de las inspecciones correspondientes.

### 6.11.2 ACTOS INSEGUROS, CONDICIONES INSEGURAS

Durante el periodo de reporte se presentaron (2) actos y/o condiciones inseguras, los cuales se realizó su respectiva revisión y se efectuó los ajustes requeridos. Se anexa solicitud con sus respectivas respuestas en el Anexo 11 Condiciones Inseguras

A continuación, se muestra las imágenes de las actividades realizadas referente a actos y condiciones inseguras.

**Ilustración 5**: Actividades condición insegura










### 6.11.3 CAPACITACIONES SST

Durante el mes de reporte se realizan 9 sesiones de formación en 9 horas correspondientes a las capacitaciones y charlas en temas SST establecidas en el plan de trabajo del contrato:

**Tabla 20.** Capacitaciones realizadas

| CAPACITACIÓN | FECHA | LUGAR | SESIONES | TIEMPO (Horas) |
|---|---|---|---|---|
| Inducción SST y Ambiental | 2025-01-20 | Todas las sedes | 1 | 2 |
| Riesgo Biomecánico | 2025-01-22 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Manejo de cargas , Uso de EPP, protección y uso adecuado de recursos hídricos | 2025-01-22 | Sede principal | 1 | 2 |
| Inducción SST y Ambiental | 2025-01-22 | Todas las sedes | 1 | 2 |
| Riego de trabajo en alturas | 2025-01-24 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Inducción SST y Ambiental | 2025-01-24 | Todas las sedes | 1 | 2 |
| Inducción SST y Ambiental | 2025-01-28 | Todas las sedes | 1 | 2 |

| CAPACITACIÓN | FECHA | LUGAR | SESIONES | TIEMPO (Horas) |
|---|---|---|---|---|
| Llamado de atención TSA, Importancia uso EPP para alturas | 2025-01-28 | Nueva esperanza | 1 | 1 |
| Inducción SST y Ambiental | 2025-01-28 | Todas las sedes | 1 | 2 |
| Inducción SST y Ambiental | 2025-01-29 | Todas las sedes | 1 | 2 |
| Inducción SST y Ambiental | 2025-01-30 | Todas las sedes | 1 | 2 |
| Manejo de sustancias químicas | 2025-01-30 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Que hacer en caso de emergencia | 2025-01-31 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Silicosis y manejo para el cuidado del aire | 2025-02-03 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Manipulación de carga Cuidado del aire | 2025-02-05 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Orden y aseo , inspecciones planeadas , manejo de residuos | 2025-02-06 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Preservación fauna y flora , riesgo locativo | 2025-02-07 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Trabajo en equipo, plan de emergencia, manejo adecuado de recursos naturales | 2025-02-10 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Notificación de riesgos obra | 2025-02-11 | Bello Horizonte | 1 | 1 |
| Llamado de atención TSA CDC San Blas | 2025-02-11 | CDC San Blas | 1 | 1 |
| Orden aseo , Inspecciones planeadas , Manejo de residuos | 2025-02-12 | Sede principal | 1 | 2 |
| Inspecciones planeadas, manejo del aire | 2025-02-13 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| El respeto y la resolución de 026 , Manejo de residuos | 2025-02-14 | Todas las sedes | 1 | 1 |
| Notificación de riesgos obra | 2025-02-14 | CDC San Blass | 1 | 1 |
| **TOTAL** | | | 24 | 33 |

Fuente . Intervecop

En el Anexo 5. Soportes capacitaciones, se presentan los registros del periodo del informe.

### 6.11.4 MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

Para el almacenamiento de sustancias químicas se realizarán conforme a lo establecido en el procedimiento de sustancias químicas del SG SST del proyecto y el decreto 1496 de 2018 el cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos. (Anexo 9 Fichas de sustancias químicas)

A continuación, se relaciona los materiales utilizados en el mes

- ACPM
- Cemento gris
- Cubierta UPVC
- Esmalte blanco y negro mate
- Gasolina
- Masilla Multiusos
- Perfilería
- Pintura Epoxi-Acryl Alegreco
- Pintura Koraza
- Pintura vinilo Fico
- Thinner
- Sika Plastocrete
- Silicona Sika
- Silicona Antihongos

### 6.11.5 MAQUINARIA Y/O EQUIPOS

Durante el periodo del informe se utilizaron los siguientes equipos para el desarrollo de las actividades constructivas :

***Equipos y/o Herramientas (***Anexo 10 Maquinaria y Equipos):

- Apisonadora o Canguro
- Compresor
- Equipo de soldadura
- Pulidora
- Martillo demoledor
- Mezcladora de concreto
- Taladro
- Vehículos recolección RCD, Respel y entrega de productos

## 6.12 SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

### 6.12.1 MORBILIDAD Y ASENTISMO

Durante el periodo de reporte no se presentaron días de ausentismo laboral en la ejecución del contrato

### 6.12.2 ACTIVIDADES EN OBRA Y TAREAS DE ALTO RIESGOS

Durante el periodo del informe se realizó revisión de los puntos de intervención, organizaciones de espacios al interior de jardines, casa sabiduría adulto mayor y centros de desarrollo comunitario y actividades relacionadas con desmontes de cubiertas y actividades constructivas relacionados en el contrato

A continuación, se relaciona los ATS y permisos realizados en el periodo del informe (Anexo 7 ATS y registros permisos de trabajo)

**Tabla 21:** ATS y permisos de trabajo

| Actividad | FECHA | LUGAR |
|---|---|---|
| ATS Instalación estructura de cubiertas y pintura perfiles | 24/01/2025 al 26/01/2025 | Nueva Esperanza |
| ATS Descapote para zapatas, demolición de piso y escalera, disposición de RCD | 27/01/2025 al 01/02/2025 | Bello Horizonte |
| ATS Instalación estructura de cubiertas y pintura perfiles | 27/01/2025 al 01/02/2025 | Nueva Esperanza |
| ATS Desmonte laminas de drywall y reforzamiento de la estructura para cubierta | 27/01/2025 al 01/02/2025 | Oasis |
| ATS Desinstalación de cubierta e instalación nueva cubierta | 28/01/2025 al 01/02/2025 | CDC Julio Cesar |
| ATS Retiro teja de barro para cambio de cubierta | 04/02/2025 al 08/02/2025 | CDC San Blass |
| ATS Instalación de Perfiles para cambio de cubierta | 02/02/2025 al 08/02/2025 | Oasis |
| ATS Pintura de Perfiles e Instalación de cubierta Nueva | 02/02/2025 al 08/02/2025 | CDC Julio Cesar |
| ATS Instalación de cubiertas , flanche, pintura de cocina , instalación de cielo raso | 31/01/2025 al 01/02/2025 | Samoré |
| ATS Fundida de zapatas , alistado para piso y Disposición de RCD | 02/02/2025 al 08/02/2025 | Bello Horizonte |
| ATS Desinstalación y desmonte de cielo razo | 20/01/2025 al 25/01/2025 | Oasis |
| ATS Desinstalación y desmonte de cielo razo | 20/01/2025 al 25/01/2025 | Nueva Esperanza |
| ATS Encerramiento , desmonte de ventanas y descapote para zapatas | 20/01/2025 al 25/01/2025 | Bello Horizonte |
| ATS Cambio de luminarias instalación de puntos eléctricos | 25/01/2025 | CDC San David |
| ATS Instalación de luminarias en baño pasillo y comedor | 25/01/2025 al 26/01/2025 | Samoré |
| ATS Instalación de puntos eléctricos , Instalación de luminarias y reflectores | 01/02/2025 al 03/02/2025 | Bello Horizonte |

| Actividad | FECHA | LUGAR |
|---|---|---|
| ATS Instalación salidas de luminarias e instalación de luminarias | 03/02/2025 al 07/02/2025 | CDC Julio Sánchez |
| ATS Instalación de luminarias | 05/02/2025 | Palabras Mayores |
| ATS Instalación punto eléctrico luminarias y reflectores | 07/02/2025 al 10/02/2025 | Bello horizonte |
| ATS Retiro de tejas para cambio de cubiertas , retiro de RCD | 10/02/2025 al 16/02/2025 | San Blass |
| Instalación de perfil para cambio de cubierta , pintura de perfil y desmonte | 10/02/2025 al 16/02/2025 | Oasis |
| ATS Fundida de zapatas , Alistado de piso | 10/02/2025 al 16/02/2025 | Bello Horizonte |
| ATS Pintura de paredes, instalación de tejas e instalación de ventaneria | 10/02/2025 al 16/02/2025 | Nueva Esperanza |

Fuente . Intervecop

**Tabla 22**: Permisos para actividades de alto riesgo

| TIPO DE PERMISO | FECHA | LUGAR |
|---|---|---|
| Permiso en caliente | 20/01/2025 al 26/01/2025 | Nueva Esperanza |
| Permiso en alturas | 28/01/2025 al 04/02/2025 | CDC Julio cesar |
| Permiso en alturas | 27/01/2025 al 09/02/2025 | Nueva Esperanza |
| Permiso en caliente | 27/01/2025 al 01/02/2025 | Bello Horizonte |
| Permiso en alturas | 04/02/2025 al 06/02/2025 | CDC San Blass |
| Permiso en caliente | 03/02/2025 al 08/02/2025 | Nueva Esperanza |
| Permiso en caliente | 03/02/2025 al 08/02/2025 | Bello Horizonte |
| Permiso en alturas | 10/02/2025 al 16/02/2025 | CDC San Blass |
| Permiso en alturas | 12/02/2025 al 15/02/2025 | Oasis |

Fuente . Intervecop

### 6.12.3 ACCIDENTALIDAD

Durante el periodo de reporte no se presentaron accidentes laborales en el contrato

- **Seguimiento de accidentalidad**

Durante la ejecución del contrato se han presentado los siguientes casos y cierres de accidentalidad en el periodo del 17 de enero 2025 al 16 de febrero 2025.

**Tabla 23.** Consolidados accidentes

| INFORME | PERIODO | AL | DIAS DE INCAPACIDAD | TIPO AL | FECHA | NOMBRE AFECTADO | PARTE AFECTADA | CIERRE O TRAMITE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Dic24-ene25 | 0 | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| 2 | ene25-feb 25 | 0 | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| **TOTAL** | | 0 | 0 | | | | | |

Fuente Intervecop

### 6.12.4 INDICADORES SST

A continuación, se relaciona los indicadores reportados por el Intervecop, para el periodo de reporte.

**Tabla 24.** Indicadores de gestión

| NOMBRE | FÓRMULA | VARIABLES | CALCULO | RESULTADO | |
|---|---|---|---|---|---|
| Severidad de accidentalidad | (Número días perdidos por accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100 | Número de días laborales perdidos por accidentes de trabajo | # de días perdidos AT* 100<br>Número de trabajadores | 0 * 100<br>41 | 0% |
| Frecuencia de accidentalidad | (Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100 | Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes | Numero de AT * 100<br>Número de trabajadores | 0 * 100<br>41 | 0% |
| Proporción accidentes mortales | (Número de accidentes de trabajo mortales en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100 | Número de accidentes mortales de trabajo que se presentaron en el mes | Numero de AT mortales * 100<br>Número de trabajadores | 0 * 100<br>41 | 0% |
| Prevalencia de la enfermedad laboral | (Número de enfermedad laboral en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100 | Número de enfermedad laboral presentado en el mes | Numero de EL * 100<br>Número de trabajadores | 0 * 100<br>41 | 0% |

| NOMBRE | FÓRMULA | VARIABLES | CALCULO | | | RESULTADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Prevalencia de la enfermedad laboral | ((Número de casos nuevos de enfermedad laboral / Número de días de trabajo programados en el mes*Número de Trabajadores) * 100 | Número de enfermedad laboral presentado en el mes | # casos nuevos EL * 100<br>Número de trabajadores | | | 0 * 100<br>41 | 0% |
| Ausentismo por causa médica | (Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes*Número de Trabajadores) * 100 | Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes | 0 | Número de días de trabajo programados en el mes | 24 | $\frac{0}{24*41}$ X 100 | 0% |
| %Capacitaciones | Capacitaciones realizadas en un periodo/Capacitaciones programadas en el mismo periodo*100 | Capacitaciones realizadas | 24 | Capacitaciones programadas | 24 | 24 * 100<br>24 | 100% |
| %Inducciones | # de personas con Inducciones realizada en el periodo/Personal que ingreso en el periodo *100 | Número de personas con Inducciones realizada en el periodo | 14 | Personal que ingreso en el periodo | 14 | 14 * 100<br>14 | 100% |
| %Inspecciones | No de Inspecciones realizadas en un periodo x el contratista, interventor o supervisor/No de inspecciones programadas en el mismo periodo | Número inspecciones realizadas | 36 | Número de inspecciones programadas | 36 | 36 * 100<br>36 | 100% |

| NOMBRE | FÓRMULA | VARIABLES | CALCULO | | | RESULTADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | x el contratista, interventor o supervisor. | | | | | | |
| %Cobertura afiliación al SGSSI | No de trabajadores afiliados al SGSSI/No de trabajadores contratados en el periodo*100. | Número de afiliados al SGSSI | 40 | Número de trabajados contratados | 40 | $\frac{40}{40} * 100$ | 100% |
| % Cumplimiento de acciones correctivas ejecutadas | No. Acciones correctivas cerradas / No. hallazgos *100 | Número de acciones correctivas cerradas | 2 | Número de hallazgos | 2 | $\frac{2}{2} * 100$ | 100% |

Fuente . Intervecop

### 6.12.5 MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

En el presente periodo no se han realizado modificaciones en la matriz de riesgos y peligros por parte del contratista. En el Anexo 14 Matriz IPER**,** se presenta soporte.

### 6.12.6 CRONOGRAMA DE TRABAJO

Se el Anexo 13 Cronograma capacitaciones SST**.,** se presenta soporte del cronograma del proyecto referente a seguridad y salud en el trabajo

### 6.12.7 REGISTRO FOTOGRÁFICO SST

Se anexa registro fotográfico al presente informe que comprende entre el de **17 de enero 2025 al 16 de febrero 2025**, en el cual se evidencia actividades realizadas de acuerdo con el cronograma de actividades en el periodo

**Ilustración 6** Actividades desarrolladas en el mes




Entrega de EPP




Pausas Activas




Pausas Activas




Capacitación




Realización de registros



Orden y aseo




Señalización




Limpieza de baños







Inspección equipos

# 7 CONCLUSIONES

- Durante el período no se presentaron accidentes de trabajo, a continuación, se presenta el resumen de los indicadores de accidentalidad presentados en el mes:
  - **Frecuencia de accidentalidad:** Se determinó que en el periodo de reporte
  - se generó un índice de frecuencia de o accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores.
  - **Severidad de accidentalidad:** Para el mes de reporte se perdió 0% días por accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores.
  - **Accidentes mortales:** No han ocurrido accidentes mortales, por tal motivo el porcentaje de accidentes de trabajo mortales en el periodo de reporte es de 0.
  - **Prevalencia de la enfermedad laboral:** No se han reportado enfermedades laborales por tal motivo la cantidad de casos la cantidad de casos de enfermedad laboral por cada 100.000 trabajadores durante el periodo de reporte es de 0.
  - **Incidencia de la enfermedad laboral:** No se han reportado enfermedades laborales por tal motivo por cada 100.000 trabajadores, existen 0 casos nuevos de enfermedad laboral.
  - **Ausentismo por causa medica**: 0,6% se perdió de los días programados de trabajo por consecuencia de 5 días de incapacidad médica presentados en el mes por enfermedad general.
- Del programa de inspección se cumplió con 100% de las inspecciones programadas (37 de 37 inspecciones).
- Para el programa de capacitación se cumplió con el 100% según lo programado (24 de 24 capacitaciones).
- Se cumplió con la documentación de ingreso de los 14 trabajadores que se incorporaron en el periodo (inducciones, afiliaciones de seguridad social, entrega de EPP).
- De acuerdo con los actos inseguros presentados en el mes, se realizaron los debidos ajustes para disminuir el riesgo de ocurrencia.

## ANEXOS

Anexo 1. Documentación ingreso de personal.

Anexo 2 Planillas de Seguridad Social

Anexo 3 Inducción

Anexo 4. Entrega de EPP.

Anexo 5. Soportes capacitaciones

Anexo 6 Soportes inspecciones

Anexo 7 ATS y registros permisos de trabajo

Anexo 8 Comités (COPASST y COCOLA)

Anexo 9 Fichas de sustancias químicas

Anexo 10 Maquinaria y Equipos

Anexo 11 Condiciones Inseguras

Anexo 12 Paz y Salvos

Anexo 13 Cronograma capacitaciones SST.

Anexo 14 Matriz IPER

Anexo 15 Certificado Persona Protegido Constitucionalmente

# ANEXOS SST

# Anexo 1.

# Documentación ingreso de personal.

7:34

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.070.810.409

APELLIDOS MEDRANO CARRIAZO

NOMBRES ANGEL EMIRO

Angel Emiro Medrano
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1987
SAN BERNARDO DEL VIENTO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-ABR-2006 SAN BERNARDO DEL VIENTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1304000-38151651-M-1070810409-20060913 07184 06256A 02 20825 1773

Compartir Editar Lens Papelera

# MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

*CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO*
*NIT. 901045839-4*
*Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-*
*Av. Cra 68 No 45-21 Zona industrial*
*medilabeltrebol@gmail.com*
*confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com*
*resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022*

| CONCEPTO OCUPACIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| POST INCAPACIDAD | | INGRESO | X |
| ENFASIS CARDIOVASCULAR | | EGRESO | |
| ESPACIOS CONFINADOS | X | PERIODICO | |
| OCUPACIONAL | | REINTEGRO | |
| ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR | | ALTURAS | X |

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 28 DE ENERO DE 2025 | | | |
| NOMBRE: ANGEL EMIRO MEDRANO CARRIAZO | | EDAD: 37 AÑOS | RH: O+ |
| IDENTIFICACION: 1070810409 | EPS: C | ARL: | |
| EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR | NIT: 11172423-1 | CARGO: AYUDANTE | |

**ANTECEDENTES LABORALES:** **ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

| ANTECEDENTES PERSONALES | ANTECEDENTES FAMILIARES |
|---|---|
| HOSPITALARIOS: NIEGA<br>QUIRURGICOS: NIEGA<br>PSIQUIATRICOS: NIEGA<br>FARMACOLOGICOS: NIEGA<br>OFTALMOLOGICOS: NORMAL<br>OTROS: NIEGA | DIABETES: NIEGA<br>HTA: NIEGA<br>HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA<br>CANCER: NIEGA<br>ASMA: NIEGA<br>OTROS:NIEGA |
| **PARACLINICO** | **EXAMEN FISICO** |
| AUDIOMETRIA: NORMAL<br>OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO: CONSERVADOS<br>OPTOMETRIA: NORMAL<br>PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS<br>DERMATOLOGIA: SIN LESIONES<br>PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL<br>ESPIROMETRIA: NORMAL | T/A: 114/74 mHg<br>FC: 70 min<br>FR: 20 x min<br>ESTATURA: 1.73 MTS<br>T°: 36.2ºC<br>OXIMETRIA: 98% |

| CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL S | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA EL CARGO | | SI | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | SI | |
| RESTRINGIDO | | NO | REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES | | NO |
| CONDICIONAL | | NO | SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL | | NO |
| APLAZADO | | NO | APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | SI | |

**OBSERVACIONES:**

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

*ALEXANDER NARVAEZ PAEZ*
*REG.80589567*
*Especialista en seguridad y salud en el trabajo*
*Universidad de Manizales*

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

*Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.*

Medellín, 28 de January de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GONZALEZ PALENCIA APOLINAR.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96 % | | |
| C1070810409 | MEDRANO CARRIAZO ANGEL EMIRO | 29/01/2025 | | 47177217 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2025 14:57:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.219.235.70, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011729471
9011729471

No. de Radicación: 28807884

Fecha de Radicación: 28 01 2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: MEDRANO | Segundo Apellido: CARRIAZO | Primer Nombre: ANGEL | Segundo Nombre: EMIRO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1070810409 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D 30 M M 06 A A A A 1987 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo [ ] Condición [ ] | | | SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | |
|---|---|---|---|
| $1.450.000 | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular |
| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad / Comuna / Departamento |

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

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A |

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

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

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Femenino | Masculino | |
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos complementarios

| 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | 31. Discapacidad | | | | | 32. Datos de residencia | | | | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo | | | Condición | | | | | | | |
| | F | N | M | T | P | Municipio / Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | |
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

## Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| APOLINAR GONZALEZ PALENCIA | CC | 11172423 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 87 K 64 SUR 10 | 32294032 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |
| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | 28 01 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | Número de la ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

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

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | CARGO: AYUDANTE DE OBRA |
| 71. Firma del funcionario | | |

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MEDRANO CARRIAZO ANGEL EMIRO** identificado(a) con **CC** número **1.070.810.409** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de marzo de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de enero de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025012814571

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 28 de enero de 2025, a las 14:59:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1070810409 |
| Código de Verificación | 1070810409250128145914 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 262912228

PIB
15:00:17


Bogotá DC, 28 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANGEL EMIRO MEDRANO CARRIAZO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1070810409:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 03:01:17 PM horas del 28/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1070810409**
Apellidos y Nombres: **MEDRANO CARRIAZO ANGEL EMIRO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.103.948.743**

**ARRIETA BALETA**

APELLIDOS

**DIEGO ARMANDO**

NOMBRES



Diego

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1986**

**SAN JUAN DE BETULIA**
**(SUCRE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

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

**17-MAY-2005 SAN JUAN DE BETULIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2804000-00802636-M-1103948743-20160317 0049008268A 1 7923835936

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S

NIT. 901139.321-5
LIC.322 Res 18930 de 28-12-2018 de la SDS
Calle 27 Sur N. 14-03 Barrio Olaya, Bogotá D.C.
Tel. 3002940551 - 3005108811 PBX: (601) 361 76 12

# CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



**FECHA** 13-ene.-2025 **HORA** 12:54:39
**EMPRESA** Apolinar Gonzalez Palencia Nit.11.172.423-1
**TIPO DE EXAMEN:** INGRESO
**INFORMACIÓN GENERAL:**
Nombre del Trabajador: Diego Armando Arrieta Baleta
Edad 38 años 4 meses 14 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1103948743
Cargo MAESTRO

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

**EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

**Otras Recomendaciones:** 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana) // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Este concepto no tiene alcance para aptitud en trabajo en alturas. 6. *Disminución en la ingesta de alimentos altos en carbohidratos, grasas saturadas y azúcares refinados.

MÉDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal
Remisión a EPS: SI. *Valoración con medicina general y nutrición por su entidad de salud para manejo de exceso de peso.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

**Médico**

Firma
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM: LIC.SST#3508 de 1( Lic.SO:

**Trabajador**

Firma
Nombre: Diego Armando Arrieta Baleta
CC N°: 1103948743

Huella

Medellín, 13 de January de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GONZALEZ PALENCIA APOLINAR.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1103948743 | ARRIETA BALETA DIEGO ARMANDO | 14/01/2025 | | 38sQI139 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/01/2025 16:20:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.219.235.90, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# NUEVA EPS S.A.S

NIT: 900156264-2

**CERTIFICA QUE**

El empleador Apolinar González Palencia identificado con NIT 11172423
Registro la siguiente solicitud de reintegro en nuestro sistema de afiliación electrónica

| NUMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE AFILIACIÓN |
|---|---|---|
| 729034773934 | 2025-01-14 12:30:30 | Reintegro |

**DETALLE**

| TIPO | Identificación | Nombre cotizante | IBC | CARGO | FECHA DE AFILIACION |
|---|---|---|---|---|---|
| C.C | 1049316283 | ROMERO BOTELLO CARLOS | 1.423.500 | Obreros y peones de la construcción de edificio | 2025-01-14 |
| C.C | 1116498924 | ARAUJO ROJAS EDGARDO | 1.423.500 | Obreros y peones de la construcción de edificio | 2025-01-14 |
| C.C | 1103948743 | ARRIETA DIEGO ARMANDO | 1.423.500 | Obreros y peones de la construcción de edificio | 2025-01-14 |
| C.C | 1063147917 | HERNANDEZ PEREZ YEISON | 1.423.500 | Obreros y peones de la construcción de edificio | 2025-01-14 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de enero del año 2025

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**DIEGO ARMANDO ARRIETA BALETA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.103.948.743**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 14 de enero de 2025, a las 11:44:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1103948743 |
| Código de Verificación | 1103948743250114114431 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:42:10 AM horas del 14/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1103948743**
Apellidos y Nombres: **ARRIETA BALETA DIEGO ARMANDO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

## Datos del ciudadano

Señor(a) DIEGO ARMANDO ARRIETA BALETA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1103948743.

**El ciudadano no presenta antecedentes**

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, enero 14, 2025 - Hora de consulta: 11:46:49

**El certificado de antecedentes ordinario**, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automátic Colombia.

**El certificado de antecedente especial**, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales previstas en la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales c

**DATOS PERSONALES**, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luegc diríjase a la Registraduría más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**DIEGO ARMANDO ARRIETA BALETA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.103.948.743**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

# SAOS ALTURAS SAS
# NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

**TSA - 14502**

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO A:

# DIEGO ARMANDO ARRIETA BALETA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1103948743

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 29 enero 2025, se expide en Bogotá el 29 enero 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO
LIC. SST No. 17-007-0647-19 17/05/2019

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
REP. GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

Bogotá D.C., febrero 4 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que DIEGO ARMANDO ARRIETA BALETA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1103948743, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SAOS ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO
SEDE DONDE SE FORMÓ: SAOS ALTURAS S.A.S.
EMPLEADOR: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 29/01/2025 a 29/01/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 4 de 2025

# SAOS ALTURAS S.A.S.

**CURSO:**
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

**NOMBRE:**
DIEGO ARMANDO ARRIETA BALETA

**IDENTIFICACIÓN**
C.C. N° 1103948743

**EXPEDICIÓN**
29 de enero de 2025

**CONSECUTIVO**
TSA-14502

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 9.272.338
CARCAMO MORALES
APELLIDOS
DIOVER
NOMBRES

DIOVER CARCAMO MORALES
FIRMA



Dirección: calle 129f #88A 55.
Telefono: 3112558493
Correo: dioverafamo11@gmail.com
Barrio: Suba los naranjos.
Localidad: Suba
Fondo de Pensiones Porvenir



FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1976
MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

02-FEB-1995 MOMPOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00935951-M-0009272338-20170830 0057207770A 1 1974593522

Powered by CamScanner

# MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

*CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO*
*NIT. 901045839-4*
*Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-*
*Av. Cra 68 No 45-21 Zona industrial*
*medilabeltrebol@gmail.com*
*confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com*
*resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022*

| CONCEPTO OCUPACIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| POST INCAPACIDAD | | INGRESO | X |
| ENFASIS CARDIOVASCULAR | | EGRESO | |
| ESPACIOS CONFINADOS | X | PERIODICO | |
| OCUPACIONAL | | REINTEGRO | |
| ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR | | ALTURAS | X |

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 16 DE ENERO DE 2025 | | | |
| NOMBRE: DIOVER CARCAMO MORALES | | EDAD: 48 AÑOS | RH: B+ |
| IDENTIFICACION: 9272338 | EPS: | ARL: | |
| EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR | NIT: 11172423-1 | CARGO: OFICIAL | |

**ANTECEDENTES LABORALES:** **ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

| ANTECEDENTES PERSONALES | ANTECEDENTES FAMILIARES |
|---|---|
| HOSPITALARIOS: NIEGA<br>QUIRURGICOS: NIEGA<br>PSIQUIATRICOS: NIEGA<br>FARMACOLOGICOS: NIEGA<br>OFTALMOLOGICOS: NORMAL<br>OTROS: NIEGA | DIABETES: NIEGA<br>HTA: NIEGA<br>HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA<br>CANCER: NIEGA<br>ASMA: NIEGA<br>OTROS:NIEGA |
| **PARACLINICO** | **EXAMEN FISICO** |
| AUDIOMETRIA: NORMAL<br>OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO: CONSERVADOS<br>OPTOMETRIA: NORMAL<br>PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS<br>DERMATOLOGIA: SIN LESIONES<br>PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL<br>ESPIROMETRIA: NORMAL | T/A: 115/74 mHg<br>FC: 71 min<br>FR: 20 x min<br>ESTATURA: 1.77 MTS<br>PESO : 82 KG<br>T°: 36.0 ºC<br>OXIMETRIA: 97% |

| CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL S | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA EL CARGO | | SI | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | SI | |
| RESTRINGIDO | | NO | REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES | | NO |
| CONDICIONAL | | NO | SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL | | NO |
| APLAZADO | | NO | APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | SI | |

**OBSERVACIONES:**

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

*ALEXANDER NARVAEZ PAEZ*
*REG.80589567*
*Especialista en seguridad y salud en el trabajo*
*Universidad de Manizales*

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

*Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.*

Medellín, 20 de January de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GONZALEZ PALENCIA APOLINAR.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C9272338 | CARCAMO MORALES DIOVER | 21/01/2025 | | 44232241 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/01/2025 15:38:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.219.235.79, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# NUEVA EPS S.A.S

NIT: 900156264-2

**CERTIFICA QUE**

El empleador Apolinar González Palencia identificado con NIT 11172423
Registro la siguiente solicitud de reintegro en nuestro sistema de afiliación electrónica

| NUMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE AFILIACIÓN |
|---|---|---|
| 749534493958 | 2025-01-20 10:20:40 | Reintegro |

**DETALLE**

| TIPO | Identificación | Nombre cotizante | IBC | CARGO | FECHA DE AFILIACION |
|---|---|---|---|---|---|
| C.C | 1002392913 | CARCAMA MORALES DIOVER | 1.423.500 | Obreros y peones de la construcción de edificio | 2025-01-20 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de enero del año 2025

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**DIOVER CARCAMO MORALES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.272.338**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 03:29:54 PM horas del 20/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **9272338**
Apellidos y Nombres: **CARCAMO MORALES DIOVER**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de enero de 2025, a las 15:31:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 9272338 |
| Código de Verificación | 9272338250120153123 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# REPÚBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.103.098.168**

**ALVAREZ SALGADO**

APELLIDOS

**JAIDER MANUEL**

NOMBRES

Jaider M. Alvarez

FIRMA



Powered CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1984**

**COROZAL**
**(SUCRE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.73**
ESTATURA

**O+**
G.S. RH

**M**
SEXO

**08-SEP-2005 COROZAL**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
**JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA**

P-2804000-01077766-M-1103098168-20190628 **00656**36612A 1 9908657149

Powered CamScanner

# MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

*CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO*
*NIT. 901045839-4*
*Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-*
*Av. Cra 68 No 45-21 Zona industrial*
*medilabeltrebol@gmail.com*
*confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com*
*resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022*

| CONCEPTO OCUPACIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| POST INCAPACIDAD | | INGRESO | X |
| ENFASIS CARDIOVASCULAR | | EGRESO | |
| ESPACIOS CONFINADOS | X | PERIODICO | |
| OCUPACIONAL | | REINTEGRO | |
| ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR | | ALTURAS | X |

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 16 DE ENERO DE 2025 | | | |
| NOMBRE: JAIDER MANUEL ALVAREZ SALGADO | | EDAD: 40 AÑOS | RH: O+ |
| IDENTIFICACION: 1103098168 | EPS: | ARL: | |
| EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR | NIT: 11172423-1 | CARGO: OFICIAL | |

**ANTECEDENTES LABORALES:** **ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

| ANTECEDENTES PERSONALES | ANTECEDENTES FAMILIARES |
|---|---|
| HOSPITALARIOS: NIEGA<br>QUIRURGICOS: NIEGA<br>PSIQUIATRICOS: NIEGA<br>FARMACOLOGICOS: NIEGA<br>OFTALMOLOGICOS: NORMAL<br>OTROS: NIEGA | DIABETES: NIEGA<br>HTA: NIEGA<br>HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA<br>CANCER: NIEGA<br>ASMA: NIEGA<br>OTROS:NIEGA |
| **PARACLINICO** | **EXAMEN FISICO** |
| AUDIOMETRIA: NORMAL<br>OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO: CONSERVADOS<br>OPTOMETRIA: NORMAL<br>PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS<br>DERMATOLOGIA: SIN LESIONES<br>PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL<br>ESPIROMETRIA: NORMAL | T/A: 112/70 mHg<br>FC: 70 min<br>FR: 22 x min<br>ESTATURA: 1.73 MTS<br>PESO : 68 KG<br>T°: 36.1 ºC<br>OXIMETRIA: 96% |

| CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL S | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA EL CARGO | | SI | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | SI | |
| RESTRINGIDO | | NO | REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES | | NO |
| CONDICIONAL | | NO | SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL | | NO |
| APLAZADO | | NO | APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | SI | |

**OBSERVACIONES:**

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

*ALEXANDER NARVAEZ PAEZ*
*REG.80589567*
*Especialista en seguridad y salud en el trabajo*
*Universidad de Manizales*

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

*Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.*

Medellín, 20 de January de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GONZALEZ PALENCIA APOLINAR.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96 % | | |
| C1103098168 | ALVAREZ SALGADO JAIDER MANUEL | 21/01/2025 | | 16A13253 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/01/2025 15:42:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.219.235.79, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# NUEVA EPS S.A.S

NIT: 900156264-2

**CERTIFICA QUE**

El empleador Apolinar González Palencia identificado con NIT 11172423
Registro la siguiente solicitud de reintegro en nuestro sistema de afiliación electrónica

| NUMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE AFILIACIÓN |
|---|---|---|
| 749534493958 | 2025-01-20 10:20:40 | Reintegro |

**DETALLE**

| TIPO | Identificación | Nombre cotizante | IBC | CARGO | FECHA DE AFILIACION |
|---|---|---|---|---|---|
| C.C | 1103098168 | ALVAREZ SALGADO JAIDER MANUEL | 1.423.500 | Obreros y peones de la construcción de edificio | 2025-01-20 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de enero del año 2025

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JAIDER MANUEL ALVAREZ SALGADO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.103.098.168**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 03:45:54 PM horas del 20/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1103098168**
Apellidos y Nombres: **ALVAREZ SALGADO JAIDER MANUEL**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de enero de 2025, a las 15:47:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1103098168 |
| Código de Verificación | 1103098168250120154720 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.391.580

BLANDON VELEZ

APELLIDOS

JEAN CARLOS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1993

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 B+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

03-ABR-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00820434-M-1022391580-20160428 0049503053A 1 1893897842

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | D D M M A A A A |

120386617

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación X B. Reporte de Novedades | A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio<br>Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional | A. Contributivo X B. Subsidiado |

| 4. Tipo de Afiliado | 5. Tipo de Cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario | A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado | (a registrar por la EPS) 01 |

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| BLANDON | VELEZ | JEAN | CARLOS |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD<br>RC CC X PA SC | 1022391580 | Femenino Masculino | D D M M A A A A |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo F N M Condición T P | NINGUNA | NINGUNA |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| SURA | PORVENIR | $1,423,500 |

| 18. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| calle130a#104-48 | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3017780353 | |

| Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| | Urbana Rural | | |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD<br>RC CC PA SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A |

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

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

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
POR LA EPS
Recibido por: RADICADO
Fecha: 22/01/2025

Datos Complementarios

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B2 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B3 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B4 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B5 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |

| | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo | Condición | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B2 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B3 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B4 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B5 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante a pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| METALPRIME S.A.S | NIT X TI CE CC PA CD | 901.740.303-1 | |

| 39. Ubicación Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| CL 56 D 73 B 40 SUR | 3203823837 |

| Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|
| | NEIVA | |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| CN RC TI CC CE PA CD SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | 2 3 0 1 2 0 2 5 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de Radicación D D M M A A A A | 69. Fecha de Validación D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

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

| Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|---|---|---|
| | | |

**Observaciones:**

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

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

Medellín, 22 de Enero de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de METALPRIME SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - METALPRIME SAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1022391580 | BLANDON VELEZ JEAN CARLOS | 23/01/2025 | | 16415359 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10245587002502249470

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/01/2025 13:44:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.52.155.66, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**JEAN CARLOS BLANDON VELEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.391.580**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

Bogotá DC. 22 de Enero de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/1/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 1022391580 |
| Nombres y Apellidos | JEAN CARLOS BLANDON VELEZ |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901740303 |
| Razón Social Empleador | METALPRIME S.A.S |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 23/1/2025 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 22/1/2025 |
| Cargo | AUXILIAR DE MANTENIMIENTO |
| Horas Labor Mes | 184 |
| Sueldo básico | $ 1423500 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a METALPRIME S.A.S, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM



VIGILADO SuperSubsidio

# CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
# NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 7284

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
## PARA TRABAJO EN ALTURAS
## OTORGADO A:

# JEAN CARLOS BLANDON VELEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1022391580

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 18 enero 2025, se expide en Bogotá el 18 enero 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

JONATHAN JAVIER GOMEZ
RES No. 14867 13/12/2021

EMPRESA: METALPRIME S.A.S
REP. JHON SEBASTIAN DIAZ MANRIQUE
NIT: 901740303
ARL: SURA

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S**
NIT.900889250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA77 33 A 06 SUR Barrio Kennedy Central. Telefono: 3828143 - 3183452656
**verificacima@hotmail.com**



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 2325**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| **21** DIA | **01** MES | **2025** AÑO | **BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA)** Ciudad | **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS** |

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

| **METALPRIME SAS** | **901740303-1** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **NIT** |

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

| **BLANDON VELEZ JEAN CARLOS** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 31 AÑOS | CC | 1022391580 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo

**AUXILIAR DE MANTENIMIENTO**

CONCEPTO

**APTO** SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN EL CARGO ( APTO PARA ALTURAS )

NINGUNA

| 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 OSTEOMUSCULAR | ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA | ✓ |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | | |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | | |
| | | ---------- | |

**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

1.CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2.HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3.AUTOCUIDADO
4.HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5.PAUSAS ACTIVAS.

7.CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

8.APLICA PARA TRABAJO DE ESPACIOS CONFIANDOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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 indada. 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:** | **Firma:** Jean Carlos B. |
| **Nombre:** OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | **Nombre:** **JEAN CARLOS BLANDON VELEZ** |
| **R. M.:** 1798-1990 **L.S.O.:** 2552 SST. | **CC : 1022391580** |

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 02:11:35 PM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1022391580**
Apellidos y Nombres: **BLANDON VELEZ JEAN CARLOS**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 262413457

PIB
14:13:27


Bogotá DC, 22 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JEAN CARLOS BLANDON VELEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022391580:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de enero de 2025, a las 14:20:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1022391580 |
| Código de Verificación | 1022391580250122142005 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.843.915

GOMEZ

APELLIDOS

JORGE ENRIQUE

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1979

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA

B+ O.S. RH

M SEXO

06-FEB-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01092658-M-0080843915-20190612 0067272603A 1 9909422998

Medellín, 05 de February de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GONZALEZ PALENCIA APOLINAR.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96 % | | |
| C80843915 | GOMEZ JORGE ENRIQUE | 06/02/2025 | | 21220513 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/02/2025 16:15:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.219.235.121, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011757561
9011757561

No. de Radicación: 28852196

Fecha de Radicación: 04 02 2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: GOMEZ | Segundo Apellido: | Primer Nombre: JORGE | Segundo Nombre: ENRIQUE |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 80843915 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D: 27 M M: 09 A A A A: 1979 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | | | SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | |
|---|---|---|---|
| $1.450.000 | Dirección: | Teléfono fijo: | Teléfono celular: |
| Correo electrónico: | Municipio / Distrito: | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad / Comuna: / Departamento: |

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

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A |

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

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

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos complementarios

| 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | 31. Discapacidad | | | | | 32. Datos de residencia | | | | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo F | Tipo N | Tipo M | Condición T | Condición P | Municipio / Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | |
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| APOLINAR GONZALEZ PALENCIA | CC | 11172423 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 87 K 64 SUR 10 | 32294032 | Correo electrónico: | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |
| Dirección: | Teléfono: | | Municipio / Distrito: | Departamento: |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | D D: 04 M M: 02 A A A A: 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | Número de la ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

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

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | CARGO: DEPENDIENTE SAT |
| 71. Firma del funcionario | | |

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE ENRIQUE GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80843915,** se encuentra afiliado/a desde **19/07/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de febrero de 2025.



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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**COSMOS SUPPORT SAS**
**Nit: 9005304667**
**Dirección: Calle 57 N 18 21**
**Teléfono: 313 2321782**
**Email:** info@clinicosmos.com.co
contacto@clinicosmos.com.co

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. ingreso** | **K000055** | **Fecha Impresión** | **06/02/2025** |
| **Fecha Ingreso** | **06/02/2025** | **Nombre** | **GOMEZ JORGE ENRIQUE** |
| **CC** | **80843915** | **Sede** | |
| **Cargo** | **INSTALADOR DE CUBIERTAS** | **Tipo de examen** | **EXAMEN INGRESO** |
| **Fecha Nacimiento** | **27/09/1979** | **Edad** | **45** |
| **Eps** | **FAMISANAR** | **Fecha de salida** | **06/02/2025** |
| **Peso** | **70** | | |
| **Empresa a Laborar** | **APOLINAR GONZALEZ PALENCIA** | | |
| **Nombre Acompañante** | | | |

## Exámenes Complementarios

| Examen | Resultado | Examen | Resultado |
|---|---|---|---|
| ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: | NORMAL | PERFIL LIPÍDICO | NORMAL |
| AUDIOMETRÍA: | NORMAL | | |
| OPTOMETRÍA: | NORMAL | GLICEMIA SIMPLE | NORMAL |

## Certificación de Aptitud

**APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS**

## Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

## Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

## Sistema de Vigilancia Epidemiológica

## Énfasis 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.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

**Profesional:** RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
**CC:** 1.032.395.042
**Registro médico:** 1.032.395.042

**Firma del trabajador: GOMEZ JORGE ENRIQUE**
**CC:CC80843915**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 10 de febrero de 2025, a las 19:30:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 80843915 |
| Código de Verificación | 808439152502101930 37 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 264007603

PIB
19:29:40


Bogotá DC, 10 de febrero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JORGE ENRIQUE GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80843915:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 07:26:08 PM horas del 10/02/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80843915**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ JORGE ENRIQUE**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Todos los derechos reservados.

# SAOS ALTURAS SAS
# NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 15172

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OTORGADO A:

# JORGE ENRIQUE GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 80843915

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 08 febrero 2025, se expide en Bogotá el 08 febrero 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

DIANA LORENA GUTIERREZ DIAZ
LIC. SST No.1970 25/02/2014

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
REP. GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

# SAOS ALTURAS S.A.S.

**CURSO:**
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

**NOMBRE:**
JORGE ENRIQUE GOMEZ

**IDENTIFICACIÓN**
C.C. N° 80843915

**EXPEDICIÓN**
08 de febrero de 2025

**CONSECUTIVO**
TSA-15172

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

Bogotá D.C., febrero 17 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JORGE ENRIQUE GOMEZ , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80843915, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SAOS ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIANA LORENA GUTIERREZ DIAZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: SAOS ALTURAS S.A.S.
EMPLEADOR: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 08/02/2025 a 08/02/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 17 de 2025


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
79.499.787
SUAREZ BERMUDEZ
JOSELITO


17-DIC-1969
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
1.75
O+
M
10-JUN-1988 BOGOTA D.C.

Medellín, 12 de Enero de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de METALPRIME SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - METALPRIME SAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C79499787 | SUAREZ BERMUDEZ JOSELITO | 13/01/2025 | | E195P195 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10245587002501267621

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/01/2025 18:47:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.234.82, 198.143.41.21, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

940051460

No. de Radicación: 23350790

Fecha de Radicación: 15 01 2024

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

| 6. Apellidos y nombres – Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| SUAREZ | BERMUDEZ | JOSELITO | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | 79499787 | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Tipo F N M Condición T P | 0 | | ARL SURA | PORVENIR |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia – Dirección | Teléfono fijo | |
|---|---|---|---|
| 1423500 | CARRERA 73 B BIS CALLE 56 B SUR | | 3219258815 |

| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona Urbana X Rural ☐ | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

| 19. Apellidos y nombres – Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

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

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

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos complementarios

| 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia – Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| METALPRIME S.A.S | NIT | 901.740.303-1 | |

| 39. Ubicación – Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 42 G SUR N. 87 - 37 BOGOTA | 3203823837 | | BOGOTA | C/MARCA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación – Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A | 13 01 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

| | |
|---|---|
| 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. | ☐ |
| 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. | ☐ |
| 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. | ☐ |
| 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. | ☐ |
| 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. | ☐ |
| 62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. | ☐ |
| 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. | ☐ |
| 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | ☐ |
| 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. | ☐ |

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial – Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN – Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

FORTECO S.A. NIT. 860.513.452 - 8 TEL. (1)234 50 99
07/2016

INTERNET

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **SUAREZ BERMUDEZ JOSELITO** identificado(a) con **CC** número **79.499.787** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de enero de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025011320095

Bogotá DC. 13 de Enero de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 13/1/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 79499787 |
| Nombres y Apellidos | JOSELITO SUAREZ BERMUDEZ |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901740303 |
| Razón Social Empleador | METALPRIME S.A.S |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 13/1/2025 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 13/1/2025 |
| Cargo | AUXILIAR DE MANTENIMIENTO |
| Horas Labor Mes | 184 |
| Sueldo básico | $ 1423500 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a METALPRIME S.A.S, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM



VIGILADO SuperSubsidio

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S**
NIT.900889250-5
Profecionales de Salud Ocupacional CRA77 33 A 06 SUR Barrio Kennedy Central. Telefono: 3828143 - 3183452656
**verificacima@hotmail.com**



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 2319**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| **20** DIA | **01** MES | **2025** AÑO | **BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA)** Ciudad | **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS** |

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

| **METALPRIME SAS** | **901740303** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **N NNNIT** |

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

| **SUAREZ BERMUDEZ JOSELITO** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 55 AÑOS | CC | 79499787 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo

**SOLDADOR**

CONCEPTO

**APTO** SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN EL CARGO ( APTO PARA ALTURAS )

NINGUNA

| **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 OSTEOMUSCULAR | ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA | ✓ |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | | |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | | |
| | | ---------- | |

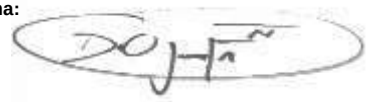
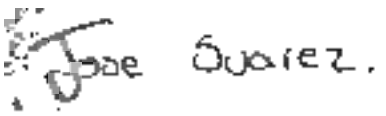
**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

1.CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2.HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3.AUTOCUIDADO
4.HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5.PAUSAS ACTIVAS.

7.CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

8.APLICA PARA TRABAJO DE ESPACIOS CONFIANDOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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 indada. 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:**  | **Firma:**  |
| **Nombre:** OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | **Nombre:** **JOSELITO SUAREZ BERMUDEZ** |
| **R. M.:** 1798-1990 **L.S.O.:** 2552 SST. | **CC : 79499787** |

# CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
# NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 7164

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
## PARA TRABAJO EN ALTURAS
## OTORGADO A:

# JOSELITO SUAREZ BERMUDEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 79499787

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 16 enero 2025, se expide en Bogotá el 16 enero 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

ANGELA MABEL GONZALEZ LONDOÑO
RES No. 8154 05/09/2022

EMPRESA: METALPRIME S.A.S
REP. JHON SEBASTIAN DIAZ MANRIQUE
NIT: 901740303
ARL: SURA

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:42:39 PM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79499787**

Apellidos y Nombres: **SUAREZ BERMUDEZ JOSELITO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.






Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

## Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía - NUIP

Número Identificación:

79499787

¿Cuanto es 9 - 2 ?

9

Consultar

### Datos del ciudadano

Señor(a) JOSELITO SUAREZ BERMUDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 79499787.

**El ciudadano no presenta antecedentes**

Señor(a) ciudadano(a), la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: miércoles, enero 22, 2025 - Hora de consulta: 21:42:47

**El certificado de antecedentes ordinario**, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, así como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

**El certificado de antecedente especial**, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales previstas en la ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de elección popular.

**DATOS PERSONALES**, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aquí para realizar la actualización según los datos la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana. Mayor información http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CID Software Colombia
8.1.0.1

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.920.940**

**SAENZ BELTRAN**

APELLIDOS

**JUAN PIO**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-1985**

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

LUGAR DE NACIMIENTO

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

**03-DIC-2003 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500107-42124353-M-0080920940-20040317 **03351** 04077P 03 153232656

| Número de novedad | Fecha del reporte de la novedad | Régimen actual | Tipo de afiliado | Fecha efectividad de la novedad |
|---|---|---|---|---|
| 014CC4004575892792025244846846 | 2025-01-24 | Contributivo | Cotizante | 2025-01-24 |

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia

| Tipo de documento | Número de documento | Nombre completo | Fecha de nacimiento | Sexo |
|---|---|---|---|---|
| CC | 80920940 | Juan Pio Saenz Beltran | 1985-11-09 | Hombre |

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia

| Departamento | Municipio | Localidad | Zona | Dirección | Etnia | Tipo de discapacidad | Condición de discapacidad | Grupo sanguíneo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | | Urbana | KR 81 C 64-03 | Sin Información | Ninguno | Ninguno | O Positivo (+) |

Datos básicos del empleador Fecha efectividad: 2024-07-02

| Tipo de documento | Número de documento | Razón social del empleador | Tipo de cotizante | IBC | Estado de la novedad |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 11172423 | APOLINAR GONZALEZ PALENCIA | Independiente | 1423000 | Relación laboral confirmada |

| ARL |
|---|
| E RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA |

Datos de Afiliación

| EPS | IPS |
|---|---|
| NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. | |

Medellín, 24 de January de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

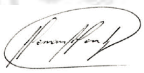
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GONZALEZ PALENCIA APOLINAR.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C80920940 | SAENZ BELTRAN JUAN PIO | 25/01/2025 | | 14622834 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/01/2025 13:29:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.219.235.125, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **SAENZ BELTRAN JUAN PIO** identificado(a) con **CC** número **80.920.940** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de enero de 2024 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de enero de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025012413273

**COSMOS SUPPORT SAS**
**Nit: 9005304667**
**Dirección: Calle 57 N 18 21**
**Teléfono: 313 2321782**
**Email:** info@clinicosmos.com.co
contacto@clinicosmos.com.co

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. ingreso** | **M000005** | **Fecha Impresión** | **20/01/2025** |
| **Fecha Ingreso** | **20/01/2025** | **Nombre** | **SAENZ BELTRAN JUAN PIO** |
| **CC** | **80920940** | **Sede** | **COSMOS SUPPORT** |
| **Cargo** | **INSTALADOR DE CUBIERTA** | **Tipo de examen** | **EXAMEN PERIODICO** |
| **Fecha Nacimiento** | **09/11/1985** | **Edad** | **39** |
| **Eps** | **NUEVA EPS** | **Fecha de salida** | **20/01/2025** |
| **Peso** | **68** | | |
| **Empresa a Laborar** | **GONZALEZ PALENCIA APOLINAR** | | |

**Nombre Acompañante**

## Exámenes Complementarios

| Examen | Resultado | Examen | Resultado |
|---|---|---|---|
| ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: | NORMAL | PERFIL LIPÍDICO | NORMAL |
| AUDIOMETRÍA: | NORMAL | | |
| OPTOMETRÍA: | NORMAL | GLICEMIA SIMPLE | NORMAL |

## Certificación de Aptitud

**APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS**

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

## Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

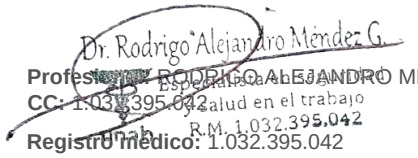
**OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

## istema de Vigilancia Epidemiológica

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.

**CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO**




**Profesional:** RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
**CC:** 1.032.395.042
**Registro médico:** 1.032.395.042

**Firma del trabajador: SAENZ BELTRAN JUAN PIO**
**CC:CC80920940**

# SAOS ALTURAS SAS
# NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 13719

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OTORGADO A:

# JUAN PIO SAENZ BELTRAN

IDENTIFICADO CON C.C. N° 80920940

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 22 enero 2025, se expide en Bogotá el 22 enero 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

JOHANA PAOLA HERRERA VASQUEZ
RES. No. 8184 14/09/22

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
REP. GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

# SAOS ALTURAS S.A.S.

**CURSO:**
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

**NOMBRE:**
JUAN PIO SAENZ BELTRAN

**IDENTIFICACIÓN**
C.C. N° 80920940

**EXPEDICIÓN**
22 de enero de 2025

**CONSECUTIVO**
TSA-13719

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

Bogotá D.C., enero 27 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JUAN PIO SAENZ BELTRAN, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80920940, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SAOS ALTURAS SAS
ENTRENADOR: JOHANA PAOLA HERRERA VASQUEZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: SAOS ALTURAS S.A.S.
EMPLEADOR: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 22/01/2025 a 22/01/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 27 de 2025

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 12:11:42 PM horas del 27/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80920940**
Apellidos y Nombres: **SAENZ BELTRAN JUAN PIO**

**ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA**

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 27 de enero de 2025, a las 12:12:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 80920940 |
| Código de Verificación | 80920940250127121227 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

RADIQUE AQUÍ CONCILIACIONES ADMINISTRATIVAS

## Consulta de antecedentes

permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de identificación: Cédula de ciudadanía - NUIP

Número identificación: 80920940

¿Escriba los dos últimos dígitos del documento a consultar?

bogota

Consultar

### Datos del ciudadano

Señor(a) JUAN PIO SAENZ BELTRAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 80920940.

### El ciudadano no presenta antecedentes

señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, enero 27, 2025 - Hora de consulta: 10:13:35

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, así como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las establecidas que ordena la constitución política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales previstas en la Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de elección popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son incorrectos, por favor de clic aquí para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de esto para los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana./ Información en: http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no la tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CSI Software Colombia
V1.0.1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.215.735
CHAVES OTALORA
APELLIDOS
LUIS DRIVER
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1984
VENECIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
16-DIC-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9011749291
9011749291

No. de Radicación: 28839799

Fecha de Radicación: 03 02 2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: CHAVES | Segundo Apellido: OTALORA | Primer Nombre: LUIS | Segundo Nombre: DEIVER |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 80215735 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D: 12 M M: 11 A A A A: 1984 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo [ ] Condición [ ] | | | SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| $1.450.000 | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | |
| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad / Comuna | Departamento |

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

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A |

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

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

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Femenino | Masculino | |
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos complementarios

| 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | 31. Discapacidad | | | | | 32. Datos de residencia | | | | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo | | | Condición | | | | | | | |
| | F | N | M | T | P | Municipio / Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | |
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| APOLINAR GONZALEZ PALENCIA | CC | 11172423 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 87 K 64 SUR 10 | 32294032 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |
| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | D D: 03 M M: 02 A A A A: 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | Número de la ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

71. Firma del funcionario

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

INTERNET

Cambio Empleo

05/2016

VIGILADO Supersalud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS DEIVER CHAVES OTALORA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80215735,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de febrero de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

Medellín, 03 de February de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GONZALEZ PALENCIA APOLINAR.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C80215735 | CHAVES OTALORA LUIS DEIVER | 04/02/2025 | | 242X9433 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/02/2025 09:15:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.219.235.70, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**COSMOS SUPPORT SAS**
**Nit: 9005304667**
**Dirección: Calle 57 N 18 21**
**Teléfono: 313 2321782**
**Email:** info@clinicosmos.com.co
contacto@clinicosmos.com.co

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. ingreso** | **K000054** | **Fecha Impresión** | **06/02/2025** |
| **Fecha Ingreso** | **06/02/2025** | **Nombre** | **CHAVES OTALORA LUIS DEIVER** |
| **CC** | **80215735** | **Sede** | |
| **Cargo** | **INSTALADOR DE CUBIERTAS** | **Tipo de examen** | **EXAMEN INGRESO** |
| **Fecha Nacimiento** | **12/11/1984** | **Edad** | **40** |
| **Eps** | **FAMISANAR** | **Fecha de salida** | **06/02/2025** |
| **Peso** | **69** | | |
| **Empresa a Laborar** | **APOLINAR GONZALEZ PALENCIA** | | |
| **Nombre Acompañante** | | | |

## Exámenes Complementarios

| Examen | Resultado | Examen | Resultado |
|---|---|---|---|
| ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: | NORMAL | PERFIL LIPÍDICO | NORMAL |
| AUDIOMETRÍA: | NORMAL | | |
| OPTOMETRÍA: | NORMAL | GLICEMIA SIMPLE | NORMAL |

## Certificación de Aptitud

**APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS**

## Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**

ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

ESPACIOS CONFINADOS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

## Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

## Sistema de Vigilancia Epidemiológica

## Énfasis 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.

**CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO**

**Profesional:** RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
**CC:** 1.032.395.042
**Registro médico:** 1.032.395.042

**Firma del trabajador: CHAVES OTALORA LUIS DEIVER**
**CC:CC80215735**

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 07:37:09 PM horas del 10/02/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80215735**
Apellidos y Nombres: **CHAVES OTALORA LUIS DEIVER**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 10 de febrero de 2025, a las 19:35:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 80215735 |
| Código de Verificación | 802157352502101935 34 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 264008076

PIB
19:36:36


Bogotá DC, 10 de febrero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS DEIVER CHAVES OTALORA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80215735:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

# SAOS ALTURAS SAS
# NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 15175

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OTORGADO A:

# LUIS DEIVER CHAVES OTALORA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 80215735

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 08 febrero 2025, se expide en Bogotá el 08 febrero 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

DIANA LORENA GUTIERREZ DIAZ
LIC. SST No.1970 25/02/2014

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
REP. GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

# SAOS ALTURAS S.A.S.

**CURSO:**
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

**NOMBRE:**
LUIS DEIVER CHAVES OTALORA

**IDENTIFICACIÓN**
C.C. N° 80215735

**EXPEDICIÓN**
08 de febrero de 2025

**CONSECUTIVO**
TSA-15175

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

Bogotá D.C., febrero 17 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS DEIVER CHAVES OTALORA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80215735, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SAOS ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIANA LORENA GUTIERREZ DIAZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: SAOS ALTURAS S.A.S.
EMPLEADOR: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 08/02/2025 a 08/02/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 17 de 2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.880.893

ESCOBAR MOJICA

APELLIDOS

LUIS CARLOS

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1984

PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

17-MAR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A+1500150-01291065-M-0080880893-20220422 0078849102A 1 9918903926

Medellín, 23 de Enero de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de METALPRIME SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - METALPRIME SAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C80880893 | ESCOBAR MOJICA LUIS CARLOS | 24/01/2025 | | 34229626 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10245587002502358164

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/01/2025 16:09:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.52.155.66, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

**RADICADO**

compensar | eps salud

**No. de Radicación** 05164799

**Fecha de Radicación** D 2 D 2 M 0 1 A 2 A 0 A 2 A 5

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: ESCOBAR | Segundo Apellido: MOJICA | Primer Nombre: LUIS | Segundo Nombre: CARLOS |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 80880893 | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo F N M Condición T P | | | COLPATRIA | PROTECCION |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.423.500 | Dirección: carrera 87 #33-45 | Teléfono fijo | 3144561909 | Teléfono celular |

| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona Urbana ☐ Rural ☐ | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| | | | |

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

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

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

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

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación |
|---|---|
| METALPRIME S.A.S | |

| 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|
| 901.740.303-1 | |

| 39. Ubicación | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: CALLE 6 A 59 | Teléfono: 3203823837 | Correo electrónico | Municipio / Distrito: BOGOTA | Departamento: C/MARCA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A | D 24 M 01 A 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial | 67. Datos del SISBÉN | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|
| Código del municipio ☐ Código del departamento ☐ | Número de la ficha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐ | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

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

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

**OBSERVACIONES:**

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

PROGRAMA COMPENSAR EPS AFIRMADO RESOLUCIÓN 1199 PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 2021

VIGILADO Supersalud Línea de Atención al Usuario 4100870 - Bogotá, D.C. Línea gratuita Nacional 018000910383

VIGILADO SuperSubsidio

Bogotá DC. 23 de Enero de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 23/1/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 80880893 |
| Nombres y Apellidos | LUIS CARLOS ESCOBAR MOJICA |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901740303 |
| Razón Social Empleador | METALPRIME S.A.S |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 24/1/2025 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 23/1/2025 |
| Cargo | AUXILIAR DE OBRA |
| Horas Labor Mes | 184 |
| Sueldo básico | $ 1423500 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a METALPRIME S.A.S, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec internacional SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM



VIGILADO SuperSubsidio

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

**PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.170.043-7

# CERTIFICA QUE:

**LUIS CARLOS ESCOBAR MOJICA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.880.893**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S**
NIT.900889250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA77 33 A 06 SUR Barrio Kennedy Central. Telefono: 3828143 - 3183452656
**verificacima@hotmail.com**



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 2327**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| **17** DIA | **01** MES | **2025** AÑO | **BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA)** Ciudad | **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS** |

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

| **METALPRIME SAS** | **901740303-1** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **NIT** |

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

| **ESCOBAR MOJICA LUIS CARLOS** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 40 AÑOS | CC | 80880893 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo

**AUXILIAR**

CONCEPTO

**APTO** SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN EL CARGO ( APTO PARA ALTURAS )

NINGUNA

| **RESTRICCIONES LABORALES** | **TIPO** | **RECOMENDACIONES** |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

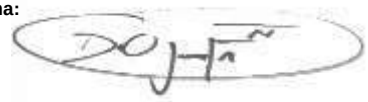
**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA ✓ |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) ✓ | PERFIL LIPIDICO ✓ |
| OPTOMETRÍA ✓ | |
| AUDIOMETRÍA ✓ | |
| | ---------- |

**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

1.CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2.HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3.AUTOCUIDADO
4.HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5.PAUSAS ACTIVAS.
7.CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
8.APLICA PARA TRABAJO DE ESPACIOS CONFIANDOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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 indada. 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:**  | **Firma:**  |
| **Nombre:** OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | **Nombre:** **LUIS CARLOS ESCOBAR MOJICA** |
| **R. M.:** 1798-1990 **L.S.O.:** 2552 SST. | **CC : 80880893** |

# CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
# NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 7411

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
## PARA TRABAJO EN ALTURAS
## OTORGADO A:

# LUIS CARLOS ESCOBAR MOJICA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 80880893

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 20 enero 2025, se expide en Bogotá el 20 enero 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

JORGE IVAN SANCHEZ QUINTERO
RES No. 73199 14/08/2017

EMPRESA: METALPRIME S.A.S
REP. JHON SEBASTIAN DIAZ MANRIQUE
NIT: 901740303
ARL: SURA

Bogotá D.C., enero 27 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS CARLOS ESCOBAR MOJICA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 80880893, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGOS S.A.S.
ENTRENADOR: JORGE IVAN SANCHEZ QUINTERO
SEDE DONDE SE FORMÓ: CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO S.A.S.
EMPLEADOR: METALPRIME SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 20/01/2025 a 20/01/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 27 de 2025

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 23 de enero de 2025, a las 16:56:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 80880893 |
| Código de Verificación | 808808932501231656 40 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 04:50:39 PM horas del 23/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80880893**
Apellidos y Nombres: **ESCOBAR MOJICA LUIS CARLOS**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 262543100

PIB
16:54:02


Bogotá DC, 23 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS CARLOS ESCOBAR MOJICA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80880893:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.079.886.738
ROPAIN OLAYA
APELLIDOS
LUIS DAVID
NOMBRES
Luis David Ropain
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1995
PEDRAZA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
13-ENE-2014 PEDRAZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
0037710509A 1
1079886738 20140313

# MEDICINA LABORAL EL TREBOL IPS

*CENTRO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO*
*NIT. 901045839-4*
*Según resolución 2346 de 2007 y 4272 de 2021-*
*Av. Cra 68 No 45-21 Zona industrial*
*medilabeltrebol@gmail.com*
*confirma autenticidad en medicinalaboraleltrebolips.com*
*resoluciones en la página web CLAVE resoluciones 2022*

| CONCEPTO OCUPACIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| POST INCAPACIDAD | | INGRESO | X |
| ENFASIS CARDIOVASCULAR | | EGRESO | |
| ESPACIOS CONFINADOS | X | PERIODICO | |
| OCUPACIONAL | | REINTEGRO | |
| ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR | | ALTURAS | X |

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA: 28 DE ENERO DE 2025 | | | |
| NOMBRE: LUIS DAVID ROPAIN OLAYA | | EDAD: 29 AÑOS | RH: B+ |
| IDENTIFICACION: 1079886738 | EPS: | ARL: | |
| EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR | NIT: 11172423-1 | CARGO: AYUDANTE | |

**ANTECEDENTES LABORALES:** **ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

| ANTECEDENTES PERSONALES | ANTECEDENTES FAMILIARES |
|---|---|
| HOSPITALARIOS: NIEGA<br>QUIRURGICOS: NIEGA<br>PSIQUIATRICOS: NIEGA<br>FARMACOLOGICOS: NIEGA<br>OFTALMOLOGICOS: NORMAL<br>OTROS: NIEGA | DIABETES: NIEGA<br>HTA: NIEGA<br>HIPO-HIPER TIROIDISMO: NIEGA<br>CANCER: NIEGA<br>ASMA: NIEGA<br>OTROS:NIEGA |
| **PARACLINICO** | **EXAMEN FISICO** |
| AUDIOMETRIA: NORMAL<br>OSTEOMUSCULAR: TONO MUSCULAR Y EQUILIBRIO: CONSERVADOS<br>OPTOMETRIA: NORMAL<br>PSICOSENSOMETRICO: SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS<br>DERMATOLOGIA: SIN LESIONES<br>PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA: NORMAL<br>ESPIROMETRIA: NORMAL | T/A: 120/78 mHg<br>FC: 71 min<br>FR: 22 x min<br>ESTATURA: 1.73 MTS<br>T°: 36.0ºC<br>OXIMETRIA: 97% |

| CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL S | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| APTO PARA EL CARGO | | SI | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | SI | |
| RESTRINGIDO | | NO | REQUIERE RESTRICCIONES EN ACTIVIDADES | | NO |
| CONDICIONAL | | NO | SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL | | NO |
| APLAZADO | | NO | APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS | SI | |

**OBSERVACIONES:**

utilizar los elementos de protección personal, usar protección visual durante la jornada laboral, seguir las recomendaciones estrictas de medicina ocupacional, hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. El paciente no manifiesta signos ni síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov2) / no presenta morbilidades preexistentes identificadas como factores de riesgo para COVID 19 según circular 030 del 2020.

*ALEXANDER NARVAEZ PAEZ*
*REG.80589567*
*Especialista en seguridad y salud en el trabajo*
*Universidad de Manizales*

ALEXANDER NARVAEZ PAEZ
MD ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DEL TRABAJADOR EXAMINADO

*Horario de atención de lunes a viernes de 7 am a 5 pm - sábados de 7 am a 3 pm - Domingos y Festivos de 8am a 11am.*

Medellín, 28 de January de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GONZALEZ PALENCIA APOLINAR.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1079886738 | ROPAIN OLAYA LUIS DAVID | 29/01/2025 | | 21294235 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2025 15:08:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.219.235.70, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LUIS DAVID ROPAIN OLAYA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.079.886.738**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 28 de enero de 2025, a las 15:03:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1079886738 |
| Código de Verificación | 1079886738250128150337 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 262913110

PIB
15:05:02


Bogotá DC, 28 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS DAVID ROPAIN OLAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1079886738:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 03:05:15 PM horas del 28/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1079886738**
Apellidos y Nombres: **ROPAIN OLAYA LUIS DAVID**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

## COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
## NIT 900.226.715 - 3

## CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

| | |
|---|---|
| Tipo y No. de documento: | CC-1079886738 |
| Nombres: | LUIS DAVID |
| Apellidos: | ROPAIN OLAYA |
| No. de Carnet: | 9809D5277DBC8145E053020213AC9A64 |
| Tipo de afiliado: | CABEZA DE FAMILIA |
| Fecha de afiliación: | |
| Estado de afiliación: | Activo |
| Régimen: | Contributivo |
| IPS: | |
| Departamento - Municipio: | Bogotá D.C. |
| Nivel Sisben: | 1 |

**OBSERVACIONES:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el Tuesday, January 28, 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta el Friday, February 28, 2025

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

# SAOS ALTURAS SAS
# NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 15295

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO A:

# LUIS DAVID ROPAIN OLAYA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1079886738

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

## TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 09 febrero 2025, se expide en Bogotá el 09 febrero 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

DIDIER ALEXANDER RUIZ MOSCOSO
RES No.6354 10/07/2020

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
REP. GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

# SAOS ALTURAS S.A.S.

**CURSO:**
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

**NOMBRE:**
LUIS DAVID ROPAIN OLAYA

**IDENTIFICACIÓN**
C.C. N° 1079886738

**EXPEDICIÓN**
09 de febrero de 2025

**CONSECUTIVO**
TSA-15295

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO



KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

Bogotá D.C., febrero 17 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS DAVID ROPAIN OLAYA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1079886738, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SAOS ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIDIER ALEXANDER RUIZ MOSCOSO
SEDE DONDE SE FORMÓ: SAOS ALTURAS S.A.S.
EMPLEADOR: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 09/02/2025 a 09/02/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 17 de 2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.050.845.674**

**CARABALLO CARCAMO**

APELLIDOS

**ROBERTO JAIRO**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

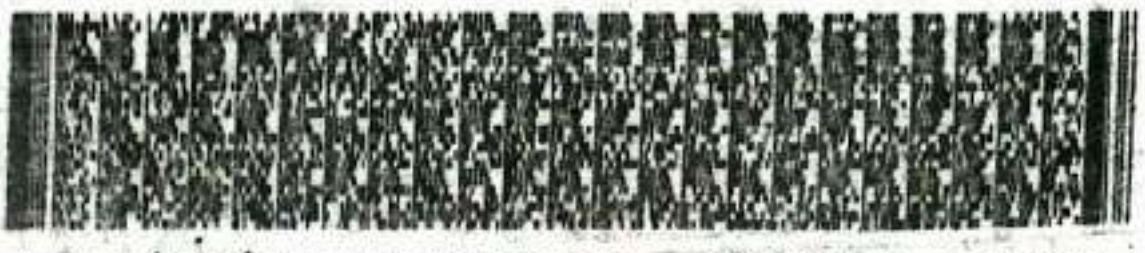
FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-1971**

**MOMPOS**
**(BOLIVAR)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.67** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**28-JUN-2017 MOMPOS**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



I<1050845674<20171006 0057B96537A 1 48682414

Powered by CamScanner

Medellín, 22 de Enero de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de METALPRIME SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - METALPRIME SAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1050845674 | CARABALLO CARCAMO ROBERTO JAIRO | 23/01/2025 | | sz601919 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10245587002502227409

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/01/2025 07:36:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 38.52.155.66, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **CARABALLO CARCAMO ROBERTO JAIRO** identificado(a) con **CC** número **1.050.845.674** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de julio de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de enero de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025012207294

Bogotá DC. 22 de Enero de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 22/1/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 1050845674 |
| Nombres y Apellidos | ROBERTO JAIRO CARABALLO CARCAMO |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901740303 |
| Razón Social Empleador | METALPRIME S.A.S |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 23/1/2025 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 22/1/2025 |
| Cargo | AUXILIAR DE OBRA |
| Horas Labor Mes | 184 |
| Sueldo básico | $ 1423500 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a METALPRIME S.A.S, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec internacional SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM



VIGILADO SuperSubsidio

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S**
NIT.900889250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA77 33 A 06 SUR Barrio Kennedy Central. Telefono: 3828143 - 3183452656
**verificacima@hotmail.com**



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 2322**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| **20** DIA | **01** MES | **2025** AÑO | **BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA)** Ciudad | **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS** |

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

| **METALPRIME SAS** | **901740303** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **NIT** |

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

| **CARABALLO CARCAMO ROBERTO JAIRO** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 53 AÑOS | CC | 1050845674 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo

## AUXILIAR DE MANTENIMIENTO

CONCEPTO

**APTO** SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN EL CARGO ( APTO PARA ALTURAS )

NINGUNA

| 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 OSTEOMUSCULAR ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA ✓ |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) ✓ | PERFIL LIPIDICO ✓ |
| OPTOMETRÍA ✓ | |
| AUDIOMETRÍA ✓ | |
| | ---------- |

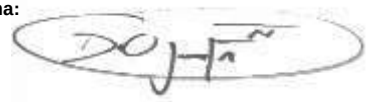
**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

1.CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2.HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3.AUTOCUIDADO
4.HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5.PAUSAS ACTIVAS.

7.CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

8.APLICA PARA TRABAJO DE ESPACIOS CONFIANDOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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 indada. 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:**  | **Firma:** |
| **Nombre:** OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | **Nombre:** **ROBERTO JAIRO CARABALLO CARCAMO** |
| **R. M.:** 1798-1990 **L.S.O.:** 2552 SST. | **CC : 1050845674** |

# CENTRO DE ENTRENAMIENTO ACTIVIDADES DE RIESGO SAS
# NIT 901.787.183-5

Licencia SST Res. No. 15150 23/04/2024 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C024.00545, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CEAR S.A.S.
CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA ACTIVIDADES DE RIESGO

TSA - 7173

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
## PARA TRABAJO EN ALTURAS
## OTORGADO A:

# ROBERTO JAIRO CARABALLO CARCAMO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1050845674

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 16 enero 2025, se expide en Bogotá el 16 enero 2025

Angie Paola Espitia Restrepo
REPRESENTANTE LEGAL

ANGELA MABEL GONZALEZ LONDOÑO
RES No. 8154 05/09/2022

EMPRESA: METALPRIME S.A.S
REP. JHON SEBASTIAN DIAZ MANRIQUE
NIT: 901740303
ARL: SURA

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

940121778

No. de Radicación: 88950790

Fecha de Radicación: 22 01 2024

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

| 6. Apellidos y nombres – Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| CARABALLO | CARCAMO | ROBERTO | JAIRO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | 1050845674 | Femenino: Masculino: | D D M M A A A A |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Tipo F N M Condición T P | 0 | | COLPATRIA | PORVENIR |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia – Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular |
|---|---|---|---|
| 1423500 | CALLE 49 B SUR CASA 68 5 D | | 3105668482 |

| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| | | Urbana: X Rural: | | |

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

| 19. Apellidos y nombres – Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

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

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

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

| | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia – Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| METALPRIME S.A.S | NIT | 901.740.303-1 | |

| 39. Ubicación – Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CALLE53 SUR 78 56 | 3203823837 | | BOGOTA | C/MARCA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación – Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino: Masculino: | D D M M A A A A | D D M M A A A A: 23 01 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

| | |
|---|---|
| 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. | |
| 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. | |
| 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. | |
| 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. | |
| 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. | |
| 62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. | |
| 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. | |
| 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | |
| 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. | |

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial – Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN – Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

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

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

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

FORTECO S.A. NIT. 860.513.452 - 8 TEL. (1)234 50 99

07/2016

INTERNET

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de enero de 2025, a las 09:54:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1050845674 |
| Código de Verificación | 1050845674250122095412 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:47:21 AM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1050845674**
Apellidos y Nombres: **CARABALLO CARCAMO ROBERTO JAIRO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 262378928

PIB
09:59:19
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROBERTO JAIRO CARABALLO CARCAMO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1050845674:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuran en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones o inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

940121778

No. de Radicación: 88950790

Fecha de Radicación: 22 01 2024

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

| 6. Apellidos y nombres – Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| CARABALLO | CARCAMO | ROBERTO | JAIRO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | 1050845674 | Femenino: Masculino: | D D M M A A A A |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Tipo F N M Condición T P | 0 | | COLPATRIA | PORVENIR |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia – Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular |
|---|---|---|---|
| 1423500 | CALLE 49 B SUR CASA 68 5 D | | 3105668482 |

| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| | | Urbana: X Rural: | | |

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

| 19. Apellidos y nombres – Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

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

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

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

| | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia – Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| METALPRIME S.A.S | NIT | 901.740.303-1 | |

| 39. Ubicación – Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CALLE53 SUR 78 56 | 3203823837 | | BOGOTA | C/MARCA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación – Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino: Masculino: | D D M M A A A A | D D M M A A A A: 23 01 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

| | |
|---|---|
| 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. | |
| 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. | |
| 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. | |
| 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. | |
| 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. | |
| 62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. | |
| 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. | |
| 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | |
| 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. | |

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial – Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN – Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

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

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

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

FORTECO S.A. NIT. 860.513.452 - 8 TEL. (1)234 50 99

07/2016

INTERNET

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 262378928

PIB
09:59:19
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROBERTO JAIRO CARABALLO CARCAMO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1050845674:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuran en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones o inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de enero de 2025, a las 09:54:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1050845674 |
| Código de Verificación | 1050845674250122095412 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:47:21 AM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1050845674**
Apellidos y Nombres: **CARABALLO CARCAMO ROBERTO JAIRO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

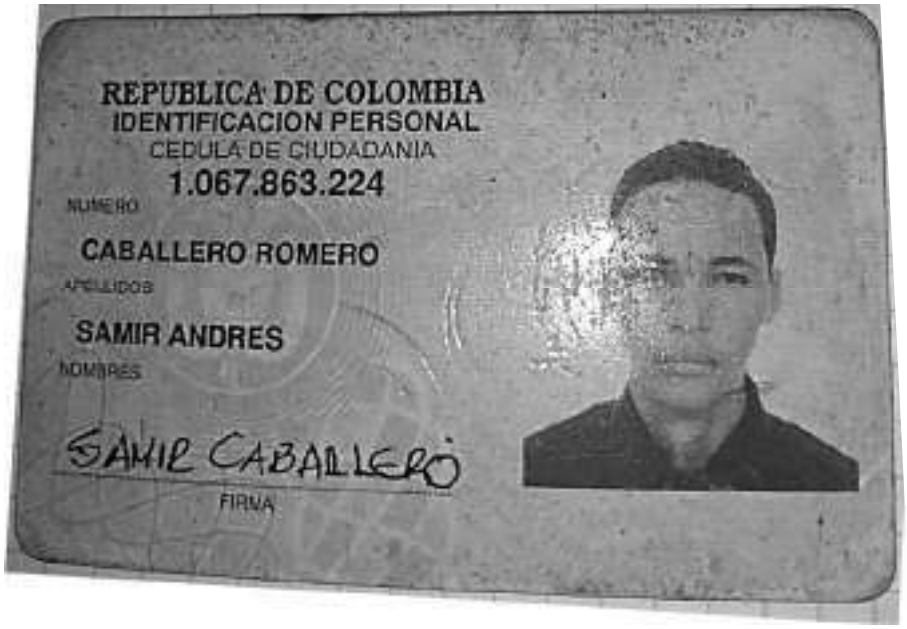
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co







EPS – SANITAS

AFP – COLFONDOS

TEL. 3003862940 – CORREO: saerik03084@gmail.com

DIRECCIÓN: CARRERA 68B BIS # 3-12 SUR

Medellín, 06 de January de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

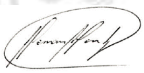
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de METALPRIME S.A.S.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 METALPRIME SAS | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1067863224 | CABALLERO ROMERO SAMIR ANDRES | 07/01/2025 | | 216Q9211 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/01/2025 12:14:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.130.99.161, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 830.251.403-6

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

| No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A) |
|---|---|
| | |

120386617

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación X B. Reporte de Novedades | A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio<br>Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional | A. Contributivo X B. Subsidiado |

| 4. Tipo de Afiliado | 5. Tipo de Cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario | A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado | (a registrar por la EPS) 01 |

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| CABALLERO | ROMERO | SAMIR | ANDRES |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD<br>RC CC X PA SC | 1067863224 | Femenino Masculino | (D D M M A A A A) |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo F N M Condición T P | NINGUNA | NINGUNA |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| SURA | COLFONDOS | $1,423,500 |

| 18. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| CR 68B bis # 3-12 sur | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3003862940 | |

| Municipio / Distrito | Zona (Urbana Rural) | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| | | | |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD<br>RC CC PA SC | | Femenino Masculino | (D D M M A A A A) |

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

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

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
POR LA EPS
Recibido por: RADICADO
Fecha: 09/01/2025

Datos Complementarios

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Femenino Masculino | (D D M M A A A A) | |
| B2 | | | Femenino Masculino | (D D M M A A A A) | |
| B3 | | | Femenino Masculino | (D D M M A A A A) | |
| B4 | | | Femenino Masculino | (D D M M A A A A) | |
| B5 | | | Femenino Masculino | (D D M M A A A A) | |

| | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo | Condición | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B2 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B3 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B4 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B5 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante a pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| METAL PRIME | NIT X TI CE CC PA CD | 901740303-1 | |

| 39. Ubicación Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| CLL 56 D 73 B 40 SUR | 3203823837 |

| Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|
| | BOGOTA | CUNDINAMARCA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| CN RC TI CC CE PA CD SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | 0 7 0 1 2 0 2 5 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de Radicación D D M M A A A A | 69. Fecha de Validación D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

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

| Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|---|---|---|
| | | |

**Observaciones:**

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

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

Bogotá DC. 21 de Enero de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 21/1/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 1067863224 |
| Nombres y Apellidos | SAMIR ANDRES CABALLERO ROMERO |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NIT 901740303 |
| Razón Social Empleador | METALPRIME S.A.S |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 7/1/2025 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 21/1/2025 |
| Cargo | SOLDADOR |
| Horas Labor Mes | 184 |
| Sueldo básico | $ 1423500 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a METALPRIME S.A.S, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM



VIGILADO SuperSubsidio

**MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S**
NIT.900889250-5
Profecionales de Salud Ocupacional CRA77 33 A 06 SUR Barrio Kennedy Central. Telefono: 3828143 - 3183452656
**verificacima@hotmail.com**



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 2320**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| **20** DIA | **01** MES | **2025** AÑO | **BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA)** Ciudad | **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS** |

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

| **METALPRIME SAS** | **901740303** |
|---|---|
| **Nombre de la empresa** | **N NNNIT** |

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

| **CABALLERO ROMERO SAMIR ANDRES** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 36 AÑOS | CC | 1067863224 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo

**SOLDADOR**

CONCEPTO

**APTO** SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN EL CARGO ( APTO PARA ALTURAS )

NINGUNA

| **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 OSTEOMUSCULAR ✓ | ELECTROCARDIOGRAMA ✓ |
| PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) ✓ | PERFIL LIPIDICO ✓ |
| OPTOMETRÍA ✓ | |
| AUDIOMETRÍA ✓ | |
| | ---------- |

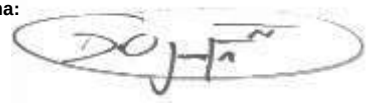
**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

1.CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2.HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3.AUTOCUIDADO
4.HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5.PAUSAS ACTIVAS.

7.CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

8.APLICA PARA TRABAJO DE ESPACIOS CONFIANDOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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 indada. 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:**  | **Firma:**  |
| **Nombre:** OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE | **Nombre:** **SAMIR ANDRES CABALLERO ROMERO** |
| **R. M.:** 1798-1990 **L.S.O.:** 2552 SST. | **CC : 1067863224** |

# SAOS ALTURAS SAS
# NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 11559

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS OTORGADO A:

# SAMIR ANDRES CABALLERO ROMERO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1067863224

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 22 diciembre 2024, se expide en Bogotá el 22 diciembre 2024

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

NAYSA YUGEMI CLAROS GOMEZ
RES. No. 60073115 17/08/2016

EMPRESA: METALPRIME S.A.S
REP. Jhon Sebastian Diaz Manrique
NIT: 901740303
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

# SAOS ALTURAS S.A.S.

**CURSO:**
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

**NOMBRE:**
SAMIR ANDRES CABALLERO ROMERO

**IDENTIFICACIÓN**
C.C. N° 1067863224

**EXPEDICIÓN**
22 de diciembre de 2024

**CONSECUTIVO**
TSA-11559

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

**REGISTRO DE CALIFICACION DEL SOLDADOR (WPQ)**
**BAJO AWS D1.3 2018**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Soldador:** | **SAMIR ANDRES CABALLERO ROMERO** | **Cédula** | **1.067.863.224 DE MONTERIA ( CORDOBA)** |
| **Estampe** | **S.A.C** | **Fecha:** | 10/12/2022 |
| **De acuerdo con WPS No.** | FM - 003 | **Rev.** | 0 |
| **Proceso de Soldadura** | SMAW | **Tipo** | Manual |
| **Modo de transferencia para GMAW** | N.A. | | |

| VARIABLE | Vaiables reales Util.en Calific. | Rango Calificado |
|---|---|---|
| **Junta (Tabla 4.1)** | | |
| Tipo de union soldada: | Ranura bisel cuadrado (fig.4.1) | Ranura bisel cuadrado (fig.4.1) |
| Tipo de material de respaldo: | N.A. | N.A. |
| Ranura de soldadura: | | |
| Un lado o ambos lados | un solo lado | ambos lados |
| **Material base (4.7.1.1.)** | | |
| Especificacion de material: | | |
| Lamina de acero: | **ASTM A36 a ASTM A36** | **ASTM A36 a ASTM A36** |
| Soporte de acero Espesor: | N.A. | N.A. |
| **Espesor de la lamina (4.7.2)** | | |
| Ranura | 2.5mm | 1.25mm - 5.0mm |
| Filete | N.A. | N.A. |
| Sold.Tapon: | N.A. | N.A. |
| Sold. Punto | N.A. | N.A. |
| Sold.Costura: | N.A. | N.A. |
| **Recubrimiento** | | |
| Tipo: | N.A. | N.A. |
| Espesor: | N.A. | N.A. |
| **Posición (4.7.1.5 y 4.7.1.6)** | | |
| Ranura | 3G | 3G |
| Filete | N.A. | N.A. |
| Sold.Tapon: | N.A. | N.A. |
| Sold. Punto | N.A. | N.A. |
| Sold.Costura: | N.A. | N.A. |
| Progresión | Vertical descendente | Vertical descendente |
| **Gas (4.7.1.4)** | N.A. | N.A. |
| **Electrodo (4.7.1.5 y 4.7.1.6)** | | |
| Diámetro: | 3/32´´ | 3/32´´ |
| Designacion de grupo | E - 7018 | E - 7018 |
| **Resultados de la inspeccion visual (4.6)** | | |
| Prueba 1 | BUENA | **Prueba 2** BUENA |
| Apariencia | **Uniforme** **Grietas** | **No presenta** **Socavados:** **No presenta** |
| Refuerzo: | 0.2mm Diámetro del Punto: | N.A. |
| Pruebas conducidas por: | Inspector Mauricio Monroy Martinez | Pruebas de laboratorio No. **D90L -22** |

El abajo firmante certifica que las declaraciones en este registro son correctos y que la soldadura de prueba fueron preparados, soldados y probados de acuerdo al requerimiento 4.6 del AWS D1.3 2008 (Código de soldadura estructural Lamina)



**MAURICIO MONROY MARTINEZ**
**Welding Inspector Specialist WIS**

**Empresa**

**Interventoría**



CamScanner

# INFORME DE ENSAYOS MECANICOS A UNION SOLDADA

**Fecha:** DICIEMBRE 10 DE 2022 **Hoja:** 1/1 **Informe No.** D90L- 22

| | |
|---|---|
| **Nombre del Cliente:** | **METALPRIME SAS** |
| **Dirección** | Cl 56 D No. 73 B 40 Sur |
| **Telefono:** | 3203823837 |
| **Ciudad:** | Bogota D.C |

**Código Aplicable: AWS D 1.3 /2008**

Especificacion de Procedimiento

**FM -003**

| **MATERIAL BASE** | | **APORTE METALICO** | |
|---|---|---|---|
| Especificacion: | ASTM A 36 | Especificacion: | AWS A 5.1 |
| Tipo: | | Clasificación: | E - 7018 |
| Espesor: | 3/32" | Diametro: | 3/32" |
| Grado | | Proceso de Soldadura | SMAW ( Shielded Metal Arc Welding) |

**ENSAYO DE DOBLEZ GUIADO DE CARA Y RAIZ**

| ESTAMPE | SOLDADOR | CEDULA | PROBETA | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|
| **N.J.S.Z.** | **SAMIR ANDRES CABALLERO ROMERO** | 1.067.863.224 DE MONTERIA ( CORDOBA) | C<br>R | sin discontinuidades<br>sin discontinuidades |

**Nota: Los ensayos de doblez de cara y raíz se realizaron de acuerdo al codigo AWS D 1.3/2008, con el Jig de la figura No.4.1**

Ensayo realizado y emitido por:



**MAURICIO MONROY MARTINEZ**
**Welding Inspector Specialist WIS**


CL 151 No. 109 A 25
Torre 6 - 906
Bogotá D.C.

Cel. 3214663082

www.welderscolombia.com

contacto@welderscolombia.com


CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 7.675.915

MUÑOZ OLAYA

APELLIDOS

ALFONSO ENRIQUE

NOMBRES

Alfonso Muñoz Olaya

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1983

PEDRAZA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

27-OCT-2001 PEDRAZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES ELECTRONICAS**

Salud Total EPS-S
NIT 800.130.907-4

# CERTIFICA

El empleador **APOLINAR GONZALEZ PALENCIA** identificado con NIT: 11172423, registro las siguientes afiliaciones en nuestro sistema de afiliaciones electrónicas.

**NUMERO DE RADICADO** 95488020

**FECHA DE RADICACION** 2025/01/14 09:30

**TIPO DE NOVEDAD:** REINGRESO

## DETALLE

| IDENTIFICACION EMPLEADO | TIPO | NOMBRES | CARGO FUNCIONARIO | IBC |
|---|---|---|---|---|
| 19597416 | cc | Stward Plata Polo | obrero oficial de la construcción de edificios | $ 1.423.500 |
| 7675915 | cc | Alfonso Enrique Muñoz | obrero Oficial de la construcción de edificios | $ 1.423.500 |
| 1064802885 | cc | Johan Andrés Chávez | obrero Oficial de la construcción de edificios | $ 1.423.500 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Enero de 2025

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ALFONSO ENRIQUE MUÑOZ OLAYA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **7.675.915**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT. 830.136.321-5
LIC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS
Calle 27 Sur N. 14-43 Barrio Olaya, Bogotá D.C.
3002943555 - 3006168831 PBX: (601) 361 76 12

# CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



**FECHA** 28-nov.-2024 **HORA** 08:53:54
**EMPRESA** Apolinar Gonzalez Palencia Nit.11.172.423-1
**TIPO DE EXAMEN:** INGRESO
**INFORMACIÓN GENERAL:**
Nombre del Trabajador: Alfonso Enrique Muñoz Olaya
Edad 41 años 1 mes 1 dia
Documento de Identificación: CC Número: 7675915
Cargo AYUDANTE

APTO PARA LABORES ASIGNADAS Y TRABAJOS EN ALTURAS.

**Aptitud Especifica:**
☑ Trabajos de altura

**EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

**Audiometria:**Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Remisión: Otorrino EPS.
Uso doble protección auditiva- Ingresar PVER

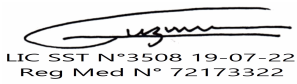
**Optometría**
**Vision Lejana:** Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.
**Vision Cercana:** Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

**LABORATORIO**: GLICEMIA: NORMAL COLESTEROL: NORMAL TRIGLICERIDOS: NORMAL

**Otras Recomendaciones:** 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Se recomienda realización de entrenamiento y capacitación de trabajo seguro en alturas de acuerdo a resolución 4272 del 2021. //
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal
REMISIÓN A EPS?: SI. *Valoración con otorrinolaringología.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

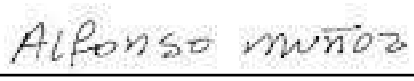
"El examinado certfica que no omitó ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y flamiliares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la inflormación expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

**Médico**

Firma 


Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM. LIC.SST#3508 de 19-0 Lic.SO:

**Trabajador**

Firma 


Nombre: Alfonso Enrique Muñoz Olaya
CC N° 7675915

Huella

Medellín, 14 de January de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de GONZALEZ PALENCIA APOLINAR.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C7675915 | MUÑOZ OLAYA ALFONSO ENRIQUE | 15/01/2025 | | Y148s225 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/01/2025 07:57:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 103.219.235.90, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 14 de enero de 2025, a las 12:12:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 7675915 |
| Código de Verificación | 7675915250114121226 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# Datos del ciudadano

Señor(a) ALFONSO ENRIQUE MUÑOZ OLAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 7675915.

## El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, enero 14, 2025 - Hora de consulta: 12:13:54

---

**El certificado de antecedentes ordinario**, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilidades impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

---

**El certificado de antecedente especial**, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales previstas Ley para algunos cargos de la administración pública, tales como los de eleccion popular.

---

**DATOS PERSONALES**, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según l datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la Registraduría más cercana. información en http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 12:16:17 PM horas del 14/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **7675915**
Apellidos y Nombres: **MUÑOZ OLAYA ALFONSO ENRIQUE**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

**PROTECCION EN TAREAS DE ALTO RIESGO Y TRABAJO EN ALTURAS DBM SAS**

NIT. 901609428-2
LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
N° 2289 DE 23/03/2023
CON VALIDEZ EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE2023220000000044611 DEL 28 DE AGOSTO DE 2023

# *Certificado de Capacitación y Entrenamiento Para Trabajo en Alturas*

NIVEL

## REENTRENAMIENTO

## CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

PARA EL SEÑOR (A)

## ALFONSO ENRIQUE MUÑOS OLAYA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA

7675915

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423-1
REPRESENTANTE LEGAL: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ARL: SURA

FECHA DE INICIO: 02/10/2023 FINALIZACION: 02/10/2023
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

SE EXPIDE EL DIA: 02/10/2023 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

CARLOS ANDRES BECERRA BENAVIDES
REPRESENTANTE LEGAL

NUBIA ELIZABETH SAENZ GARCIA
RES. No. 2237 de 17/03/2020

**La verificación de este certificado podrá hacerse en nuestro sitio web www.dbmalturas.co o solicitarla a nuestro correo: alturasdbmsas@gmail.com**
**Av Boyaca Tv60 51A 17 Sur Bogotá D.C. Tel. 6017506390-3006520427**

Bogotá D.C., febrero 11 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que ALFONSO ENRIQUE MU?OZ OLAYA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 7675915, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: PROTECCION EN TAREAS DE ALTO RIESGO Y TRABAJO EN ALTURAS DBM SAS
ENTRENADOR: NUBIA ELIZABETH SAENZ GARCIA
SEDE DONDE SE FORMÓ: PROTECCION EN TAREAS DE ALTO RIESGO Y TRABAJO EN ALTURAS DBM SAS
EMPLEADOR: GONZALEZ PALECIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 02/10/2023 a 02/10/2023
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 11 de 2025

# Anexo 2

# Planillas de Seguridad Social

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901516211 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INTERVECOP SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 6 62-50 ED PLAZA DE LA CASTELLAN OF 3 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7959213644** | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/02/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1246246174 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 3 | $ 678.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 678.800 | $ 0 | $ 678.800 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 10 | $ 1.906.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.906.000 | $ 0 | $ 1.906.000 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 3 | $ 451.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 451.200 | $ 0 | $ 451.200 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 5 | $ 962.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 962.200 | $ 0 | $ 962.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 3.998.200** | **$ 0** | **$ 3.998.200** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 3 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 132.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 132.600 | $ 0 | $ 0 | $ 132.600 |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 92.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 92.400 | $ 0 | $ 0 | $ 92.400 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 33.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 33.600 | $ 0 | $ 0 | $ 33.600 |
| ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 3 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 192.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 192.500 | $ 0 | $ 0 | $ 192.500 |
| EPS041 | NUEVA EPS CM | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 38.400 |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 3 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 150.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 150.600 | $ 0 | $ 0 | $ 150.600 |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 5 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 239.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 239.000 | $ 0 | $ 0 | $ 239.000 |
| EPS048 | MUTUAL SER EPS-S | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 24.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 24.800 | $ 0 | $ 0 | $ 24.800 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 96.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 96.000 | $ 0 | $ 0 | $ 96.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 999.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 999.900** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 21 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 1.358.200 | $ 1.358.200 | $ 0 | $ 0 | $ 1.358.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 1.358.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 1.358.200** |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF16 | CCF16-COMFACOR | 6 | $ 373.300 | $ 0 | $ 373.300 |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 15 | $ 626.600 | $ 0 | $ 626.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 999.900** | **$ 0** | **$ 999.900** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1015463608 | SANCHEZ MOLINA DANIELA | DEPEND | | $ 2.700.000 | FIJO | | | SI | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 15 | $ 1.350.000 | $ 216.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 216.000 | EPS008-COMPENSAR | 15 | $ 1.350.000 | $ 54.000 | $ 0 | $ 54.000 | 14-25-COLMENA | 15 | $ 1.350.000 | | $ 94.000 | 15 | $ 1.350.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 54.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1023861208 | GONZALEZ FONSECA GINNA MARCELA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 16 | $ 960.000 | $ 153.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 153.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 16 | $ 960.000 | $ 38.400 | $ 0 | $ 38.400 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 960.000 | | $ 66.900 | 16 | $ 960.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1024525886 | AGUIEDO GOMEZ SERGIO LEONARDO | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 16 | $ 960.000 | $ 153.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 153.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 16 | $ 960.000 | $ 38.400 | $ 0 | $ 38.400 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 960.000 | | $ 66.900 | 16 | $ 960.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 4 | CC 1030597363 | OBANDO CASTAÑEDA CHRISTIAN ANDRES | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 16 | $ 960.000 | $ 153.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 153.600 | EPS008-COMPENSAR | 16 | $ 960.000 | $ 38.400 | $ 0 | $ 38.400 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 960.000 | | $ 66.900 | 16 | $ 960.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 5 | CC 1053782525 | RODRIGUEZ QUINTERO JAIME EDUARDO | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 15 | 29 | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 15 | $ 900.000 | $ 144.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 144.000 | EPS037-NUEVA EPS | 15 | $ 900.000 | $ 36.000 | $ 0 | $ 36.000 | 14-25-COLMENA | 15 | $ 900.000 | | $ 62.700 | 15 | $ 900.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 36.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 6 | CC 1067403894 | CORREA AVILA JOSE LUIS | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 16 | $ 960.000 | $ 153.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 153.600 | NUEVA EPS CM | 16 | $ 960.000 | $ 38.400 | $ 0 | $ 38.400 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 960.000 | | $ 66.900 | 16 | $ 960.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 7 | CC 1067405983 | ARAUJO CASTRO ALVARO LUIS | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.423.500 | | $ 7.500 | 30 | $ 1.423.500 | CCF16-COMFACOR | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 8 | CC 1067406568 | BARRIOS GARCES YISETH JOHANNA | DEPEND | | $ 1.792.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.962.240 | $ 314.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 314.000 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 1.962.240 | $ 78.500 | $ 0 | $ 78.500 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.962.240 | 106740656 | $ 136.600 | 30 | $ 1.962.240 | CCF16-COMFACOR | $ 78.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 9 | CC 1067963147 | HAYLOCK PICO LAURA ANDREA | DEPEND | | $ 1.523.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.667.685 | $ 266.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 266.900 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.667.685 | $ 66.800 | $ 0 | $ 66.800 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.667.685 | | $ 8.800 | 30 | $ 1.667.685 | CCF16-COMFACOR | $ 66.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901516211 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INTERVECOP SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 6 62-50 ED PLAZA DE LA CASTELLAN OF 3 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | SI | | |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7959213644** | TIPO DE PLANILLA: | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/02/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1246246174 |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 10 | CC 10765872 | NIEVES VERGARA DANIEL JOSE | DEPEND | | $ 2.700.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 16 | $ 1.440.000 | $ 230.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 230.400 | EPS037-NUEVA EPS | 16 | $ 1.440.000 | $ 57.600 | $ 0 | $ 57.600 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 1.440.000 | | $ 100.300 | 16 | $ 1.440.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 57.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 11 | CC 10777811 | MONTES GARCIA ALEX JAVIER | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 16 | $ 960.000 | $ 153.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 153.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 16 | $ 960.000 | $ 38.400 | $ 0 | $ 38.400 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 960.000 | | $ 66.900 | 16 | $ 960.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 12 | CC 1106898559 | CANTOR MONTENEGRO ANDRES FELIPE | DEPEND | | $ 2.700.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 16 | $ 1.440.000 | $ 230.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 230.400 | EPS017-FAMISANAR | 16 | $ 1.440.000 | $ 57.600 | $ 0 | $ 57.600 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 1.440.000 | | $ 100.300 | 16 | $ 1.440.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 57.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 13 | CC 11078414 | COGOLLO MARTINEZ CRISTOBAL JESUS | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.423.500 | | $ 99.100 | 30 | $ 1.423.500 | CCF16-COMFACOR | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 14 | CC 1121879260 | LOPEZ LOPEZ JACCEL JOHANNA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 16 | $ 960.000 | $ 153.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 153.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 16 | $ 960.000 | $ 38.400 | $ 0 | $ 38.400 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 960.000 | | $ 66.900 | 16 | $ 960.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 15 | CC 1122397987 | CUELLO CALDERON LENNIN JOSE | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.423.500 | | $ 7.500 | 30 | $ 1.423.500 | CCF16-COMFACOR | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 16 | CC 11226218 | VILLA ORJUELA JOHAN VICENTE | DEPEND | | $ 2.989.000 | FIJO | | | SI | 17 | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 14 | $ 1.394.867 | $ 223.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 223.200 | EPS005-SANITAS S.A. | 14 | $ 1.394.867 | $ 55.800 | $ 0 | $ 55.800 | 14-25-COLMENA | 14 | $ 1.394.867 | | $ 97.100 | 14 | $ 1.394.867 | CCF24-COMPENSAR | $ 55.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 17 | CC 25969805 | VILORIA FERNANDEZ ANI CECILIA | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.423.500 | | $ 7.500 | 30 | $ 1.423.500 | CCF16-COMFACOR | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 18 | CC 52964257 | MAHECHA HERRERA ADRIANA MARIA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 16 | $ 960.000 | $ 153.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 153.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 16 | $ 960.000 | $ 38.400 | $ 0 | $ 38.400 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 960.000 | | $ 66.900 | 16 | $ 960.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 19 | CC 78745965 | BARRETO NEGRETTE MARCONEL ANTONIO | DEPEND | | $ 1.426.000 | FIJO | | | SI | 18 | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 13 | $ 617.934 | $ 98.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 98.900 | MUTUAL SER EPS-S | 13 | $ 617.934 | $ 24.800 | $ 0 | $ 24.800 | 14-25-COLMENA | 13 | $ 617.934 | | $ 43.100 | 13 | $ 617.934 | CCF24-COMPENSAR | $ 24.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 20 | CC 79713364 | RINCON LEON JAVIER IVAN | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 15 | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 16 | $ 960.000 | $ 153.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 153.600 | EPS017-FAMISANAR | 16 | $ 960.000 | $ 38.400 | $ 0 | $ 38.400 | 14-25-COLMENA | 16 | $ 960.000 | | $ 66.900 | 16 | $ 960.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 38.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 21 | CC 79738757 | TURBA AMORTEGUI MOISES ALFREDO | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 17 | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 14 | $ 840.000 | $ 134.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 134.400 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 14 | $ 840.000 | $ 33.600 | $ 0 | $ 33.600 | 14-25-COLMENA | 14 | $ 840.000 | | $ 58.500 | 14 | $ 840.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 33.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 7.356.200** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901516211 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INTERVECOP SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 6 62-50 ED PLAZA DE LA | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7959213644** | | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/02/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1246246174 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 5 | $ 962.200 |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 3 | $ 451.200 |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 3 | $ 678.800 |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 10 | $ 1.906.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 21 | **$ 3.998.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 806008394 | EPS048 | MUTUAL SER EPS-S | 1 | $ 24.800 |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 2 | $ 96.000 |
| 806008394 | ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 3 | $ 192.500 |
| 900156264 | EPS041 | NUEVA EPS CM | 1 | $ 38.400 |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 33.600 |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 2 | $ 92.400 |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 3 | $ 150.600 |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 3 | $ 132.600 |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 5 | $ 239.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 21 | **$ 999.900** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 15 | $ 626.600 |
| 891080005 | CCF16 | CCF16-COMFACOR | 6 | $ 373.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 21 | **$ 999.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800226175 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 21 | $ 1.358.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 21 | **$ 1.358.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 7.356.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 7.356.200** |



# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901516211 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INTERVECOP SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 6 62-50 ED PLAZA DE LA CASTELLAN OF 3 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7961262512** | TIPO DE PLANILLA: | | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 2 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/03/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1320672385 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 5 | $ 1.667.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.100 | $ 0 | $ 1.667.800 | $ 2.100 | $ 1.669.900 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 10 | $ 2.908.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.700 | $ 0 | $ 2.908.900 | $ 3.700 | $ 2.912.600 |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 3 | $ 933.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.200 | $ 0 | $ 933.900 | $ 1.200 | $ 935.100 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 3 | $ 864.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.100 | $ 0 | $ 864.000 | $ 1.100 | $ 865.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 6.374.600** | **$ 8.100** | **$ 6.382.700** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS048 | MUTUAL SER EPS-S | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 57.100 | $ 0 | $ 100 | $ 0 | $ 57.100 | $ 100 | $ 0 | $ 57.200 |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 180.000 | $ 0 | $ 300 | $ 0 | $ 180.000 | $ 300 | $ 0 | $ 180.300 |
| EPS041 | NUEVA EPS CM | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 72.000 | $ 0 | $ 100 | $ 0 | $ 72.000 | $ 100 | $ 0 | $ 72.100 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 3 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 263.600 | $ 0 | $ 400 | $ 0 | $ 263.600 | $ 400 | $ 0 | $ 264.000 |
| ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 3 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 192.500 | $ 0 | $ 300 | $ 0 | $ 192.500 | $ 300 | $ 0 | $ 192.800 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 180.000 | $ 0 | $ 300 | $ 0 | $ 180.000 | $ 300 | $ 0 | $ 180.300 |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 165.000 | $ 0 | $ 300 | $ 0 | $ 165.000 | $ 300 | $ 0 | $ 165.300 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 2 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 144.000 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 144.000 | $ 200 | $ 0 | $ 144.200 |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 5 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 339.800 | $ 0 | $ 500 | $ 0 | $ 339.800 | $ 500 | $ 0 | $ 340.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 1.594.000** | **$ 2.500** | **$ 0** | **$ 1.596.500** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 21 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 2.391.400 | $ 2.391.400 | $ 3.000 | $ 0 | $ 2.394.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 2.391.400** | **$ 3.000** | **$ 0** | **$ 2.394.400** |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF16 | CCF16-COMFACOR | 6 | $ 373.300 | $ 500 | $ 373.800 |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 15 | $ 1.220.700 | $ 1.600 | $ 1.222.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 1.594.000** | **$ 2.100** | **$ 1.596.100** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1015463608 | SANCHEZ MOLINA DANIELA | DEPEND | | $ 2.700.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.700.000 | $ 432.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 432.000 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 2.700.000 | $ 108.000 | $ 0 | $ 108.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 2.700.000 | | $ 188.000 | 30 | $ 2.700.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 108.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1023861208 | GONZALEZ FONSECA GINNA MARCELA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1024525886 | AGUIEDO GOMEZ SERGIO LEONARDO | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 4 | CC 1026286978 | VARGAS GORDILLO OSCAR LEONARDO | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 5 | CC 1030597363 | OBANDO CASTANEDA CHRISTIAN ANDRES | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 6 | CC 1067403894 | CORREA AVILA JOSE LUIS | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | NUEVA EPS CM | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 7 | CC 1067405983 | ARAUJO CASTRO ALVARO LUIS | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.423.500 | | $ 7.500 | 30 | $ 1.423.500 | CCF16-COMFACOR | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 8 | CC 1067406568 | BARRIOS GARCES YISETH JOHANNA | DEPEND | | $ 1.962.240 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.962.240 | $ 314.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 314.000 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 1.962.240 | $ 78.500 | $ 0 | $ 78.500 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.962.240 | 106740656 | 136.600 | 30 | $ 1.962.240 | CCF16-COMFACOR | $ 78.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901516211 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INTERVECOP SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 6 62-50 ED PLAZA DE LA CASTELLAN OF 3 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | SI | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7961262512** | TIPO DE PLANILLA: | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 2 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/03/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1320672385 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| 9 | CC 1067963147 | HAYLOCK PICO LAURA ANDREA | DEPEND | | $ 1.667.685 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.667.685 | $ 266.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 266.900 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.667.685 | $ 66.800 | $ 0 | $ 66.800 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.667.685 | | $ 8.800 | 30 | $ 1.667.685 | CCF16-COMFACOR | $ 66.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 10 | CC 10765872 | NIEVES VERGARA DANIEL JOSE | DEPEND | | $ 2.700.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.700.000 | $ 432.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 432.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 2.700.000 | $ 108.000 | $ 0 | $ 108.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 2.700.000 | | $ 188.000 | 30 | $ 2.700.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 108.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 11 | CC 10777811 | MONTES GARCIA ALEX JAVIER | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 12 | CC 1106898559 | CANTOR MONTENEGRO ANDRES FELIPE | DEPEND | | $ 2.700.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.700.000 | $ 432.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 432.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 2.700.000 | $ 108.000 | $ 0 | $ 108.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 2.700.000 | | $ 188.000 | 30 | $ 2.700.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 108.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 13 | CC 11078414 | COGOLLO MARTINEZ CRISTOBAL JESUS | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.423.500 | | $ 99.100 | 30 | $ 1.423.500 | CCF16-COMFACOR | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 14 | CC 1121879260 | LOPEZ LOPEZ JACCEL JOHANNA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 15 | CC 1122397987 | CUELLO CALDERON LENNIN JOSE | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.423.500 | | $ 7.500 | 30 | $ 1.423.500 | CCF16-COMFACOR | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 16 | CC 11226218 | VILLA ORJUELA JOHAN VICENTE | DEPEND | | $ 2.989.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 2.989.000 | $ 478.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 478.300 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 2.989.000 | $ 119.600 | $ 0 | $ 119.600 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 2.989.000 | | $ 208.100 | 30 | $ 2.989.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 119.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 17 | CC 25969805 | VILORIA FERNANDEZ ANI CECILIA | DEPEND | | $ 1.423.500 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 1.423.500 | $ 57.000 | $ 0 | $ 57.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.423.500 | | $ 7.500 | 30 | $ 1.423.500 | CCF16-COMFACOR | $ 57.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 18 | CC 52964257 | MAHECHA HERRERA ADRIANA MARIA | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 19 | CC 78745965 | BARRETO NEGRETTE MARCONEL ANTONIO | DEPEND | | $ 1.426.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.426.000 | $ 228.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 228.200 | MUTUAL SER EPS-S | 30 | $ 1.426.000 | $ 57.100 | $ 0 | $ 57.100 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.426.000 | | $ 99.300 | 30 | $ 1.426.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 57.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 20 | CC 79713364 | RINCON LEON JAVIER IVAN | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 21 | CC 79738757 | TURBA AMORTEGUI MOISES ALFREDO | DEPEND | | $ 1.800.000 | FIJO | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.800.000 | $ 72.000 | $ 0 | $ 72.000 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.800.000 | | $ 125.300 | 30 | $ 1.800.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 72.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 11.969.700** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901516211 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INTERVECOP SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 6 62-50 ED PLAZA DE LA CASTELLAN OF 3 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7961262717** | TIPO DE PLANILLA: | Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 2 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/03/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1320684477 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 5 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 555.300 | $ 555.300 | $ 700 | $ 0 | $ 556.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 555.300** | **$ 700** | **$ 0** | **$ 556.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC | 1018410720 | NAVIA ORTIZ JUAN SEBASTIAN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.708.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.708.000 | | $ 118.900 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |
| 2 | CC | 1018451468 | DIAZ GONZALEZ JOAN SEBASTIAN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.426.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.426.000 | | $ 99.300 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |
| 3 | CC | 1019019746 | ROBLES SAENZ ANNYELA JOHANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.426.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.426.000 | | $ 99.300 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |
| 4 | CC | 15683850 | GUERRERO CORDERO RAYMUNDO NICOLAS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.708.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.708.000 | | $ 118.900 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |
| 5 | CC | 80229176 | CORTES CORTES JUAN CARLOS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.708.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 1.708.000 | | $ 118.900 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 556.000** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901516211 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INTERVECOP SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 6 62-50 ED PLAZA DE LA CASTELLAN OF 3 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7959300776** | | | TIPO DE PLANILLA: | Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2025 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/02/05 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1246258229 |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 5 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 277.900 | $ 277.900 | $ 0 | $ 0 | $ 277.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 277.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 277.900** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1018410720 | NAVIA ORTIZ JUAN SEBASTIAN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.708.000 | | | | NO | R-16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 15 | $ 854.000 | | $ 59.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1018451468 | DIAZ GONZALEZ JOAN SEBASTIAN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.426.000 | | | | NO | R-16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 15 | $ 713.000 | | $ 49.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1019019746 | ROBLES SAENZ ANNYELA JOHANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.426.000 | | | | NO | R-16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 15 | $ 713.000 | | $ 49.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 4 | CC 15683850 | GUERRERO CORDERO RAYMUNDO NICOLAS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.708.000 | | | | NO | R-16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 15 | $ 854.000 | | $ 59.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 5 | CC 80229176 | CORTES CORTES JUAN CARLOS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.708.000 | | | | NO | R-16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-25-COLMENA | 15 | $ 854.000 | | $ 59.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 277.900** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | NIT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 901516211 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INTERVECOP SAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 6 62-50 ED PLAZA DE LA | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 01-EMPLEADOR | CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7959300776** | | TIPO DE PLANILLA: | Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/02/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1246258229 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800226175 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 5 | $ 277.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 5 | **$ 277.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 277.900** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 277.900** |

Planilla Pagada

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 11172423 | 1 | APOLINAR GONZALEZ PALENCIA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | EDIFICIO | NACIONAL | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3132645476 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-02 | 20250217105011701306 | 9481739971 | E | 2025/02/07 | 2025/02/17 | BANCO AV VILLAS | 10 | $4,675,100 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: EDIFICIO (18 Afiliados)** | | | | | | $9,774,700 | $1,564,700 | | | $9,774,700 | $1,222,600 | | | $9,774,700 | $391,400 | | | $9,774,700 | $681,600 | | $9,774,700 | $490,200 |
| **Centro de Trabajo: EDIFICIO ( 18 Afiliados)** | | | | | | $9,744,700 | $1,564,700 | | | $9,744,700 | $1,222,600 | | | $9,744,700 | $391,400 | | | $9,744,700 | $681,600 | | $9,744,700 | $490,200 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 18 Afiliados) | | | | | | $9,774,700 | $1,564,700 | | | $9,774,700 | $1,222,600 | | | $9,774,700 | $391,400 | | | $9,774,700 | $681,600 | | $9,774,700 | $490,200 |
| 1 | CC | 78758678 | ALVAREZ ALBERTO | 25-14 | 17 | $806,650 | $129,100 | EPS017 | 17 | $806,650 | $100,900 | CCF22 | 17 | $806,650 | $32,300 | 14-11 | 17 | $806,650 | $56,200 | 17 | $806,650 | $40,400 |
| 2 | CC | 1103098168 | ALVAREZ JAIDER | 230301 | 11 | $521,950 | $83,600 | EPS005 | 11 | $521,950 | $65,300 | CCF22 | 11 | $521,950 | $20,900 | 14-11 | 11 | $521,950 | $36,400 | 11 | $521,950 | $26,200 |
| 3 | CC | 1116498924 | ARAUJO EDGARDO | 230301 | 17 | $806,650 | $129,100 | EPS037 | 17 | $806,650 | $100,900 | CCF22 | 17 | $806,650 | $32,300 | 14-11 | 17 | $806,650 | $56,200 | 17 | $806,650 | $40,400 |
| 4 | CC | 1103948743 | ARRIETA DIEGO | 230301 | 11 | $521,950 | $83,600 | EPS037 | 11 | $521,950 | $65,300 | CCF22 | 11 | $521,950 | $20,900 | 14-11 | 11 | $521,950 | $36,400 | 11 | $521,950 | $26,200 |
| 5 | CC | 85451006 | CADENA JOSE | 25-14 | 3 | $142,350 | $22,800 | EPS017 | 3 | $142,350 | $17,800 | CCF22 | 3 | $142,350 | $5,700 | 14-11 | 3 | $142,350 | $10,000 | 3 | $142,350 | $7,200 |
| 6 | CC | 9272338 | CARCAMO DIOVER | 230301 | 14 | $664,300 | $106,300 | EPS037 | 14 | $664,300 | $83,100 | CCF22 | 14 | $664,300 | $26,600 | 14-11 | 14 | $664,300 | $46,300 | 14 | $664,300 | $33,300 |
| 7 | CC | 1051669561 | CARCAMO YEIS | 230201 | 17 | $806,650 | $129,100 | CCFC55 | 17 | $806,650 | $100,900 | CCF22 | 17 | $806,650 | $32,300 | 14-11 | 17 | $806,650 | $56,200 | 17 | $806,650 | $40,400 |
| 8 | CC | 1064802885 | CHAVEZ JOHAN | 230301 | 17 | $806,650 | $129,100 | EPS002 | 17 | $806,650 | $100,900 | CCF22 | 17 | $806,650 | $32,300 | 14-11 | 17 | $806,650 | $56,200 | 17 | $806,650 | $40,400 |
| 9 | CC | 11172423 | GONZALEZ APOLINAR | 230301 | 21 | $996,450 | $159,500 | EPS008 | 21 | $996,450 | $124,600 | CCF22 | 21 | $996,450 | $39,900 | 14-11 | 21 | $996,450 | $69,400 | 21 | $996,450 | $49,900 |
| 10 | CC | 1063147917 | HERNANDEZ YEISON | 231001 | 3 | $142,350 | $22,800 | EPS037 | 3 | $142,350 | $17,800 | CCF22 | 3 | $142,350 | $5,700 | 14-11 | 3 | $142,350 | $10,000 | 3 | $142,350 | $7,200 |
| 11 | CC | 1070810409 | MEDRANO ANGEL | 230201 | 18 | $854,100 | $136,700 | EPS017 | 18 | $854,100 | $106,800 | CCF22 | 18 | $854,100 | $34,200 | 14-11 | 18 | $854,100 | $59,500 | 18 | $854,100 | $42,800 |
| 12 | CC | 7675915 | MUÑOZ ALFONSO | 230301 | 17 | $806,650 | $129,100 | EPS002 | 17 | $806,650 | $100,900 | CCF22 | 17 | $806,650 | $32,300 | 14-11 | 17 | $806,650 | $56,200 | 17 | $806,650 | $40,400 |
| 13 | CC | 1100626875 | PEREZ ANDRES | 230301 | 3 | $142,350 | $22,800 | EPS017 | 3 | $142,350 | $17,800 | CCF22 | 3 | $142,350 | $5,700 | 14-11 | 3 | $142,350 | $10,000 | 3 | $142,350 | $7,200 |
| 14 | CC | 19597416 | PLATA STWARD | 25-14 | 3 | $142,350 | $22,800 | EPS002 | 3 | $142,350 | $17,800 | CCF22 | 3 | $142,350 | $5,700 | 14-11 | 3 | $142,350 | $10,000 | 3 | $142,350 | $7,200 |
| 15 | CC | 1049316283 | ROMERO CARLOS | 230301 | 17 | $806,650 | $129,100 | ESSC07 | 17 | $806,650 | $100,900 | CCF22 | 17 | $806,650 | $32,300 | 14-11 | 17 | $806,650 | $56,200 | 17 | $806,650 | $40,400 |
| 16 | CC | 1079886738 | ROPAIN LUIS | 230301 | 11 | $521,950 | $83,600 | ESSC24 | 11 | $521,950 | $65,300 | CCF22 | 11 | $521,950 | $20,900 | 14-11 | 11 | $521,950 | $36,400 | 11 | $521,950 | $26,200 |
| 17 | CC | 80920940 | SAENZ JUAN | 230201 | 3 | $142,350 | $22,800 | EPS037 | 3 | $142,350 | $17,800 | CCF22 | 3 | $142,350 | $5,700 | 14-11 | 3 | $142,350 | $10,000 | 3 | $142,350 | $7,200 |
| 18 | CC | 1073683171 | VILLANI EDUIN | 230301 | 3 | $142,350 | $22,800 | EPS041 | 3 | $142,350 | $17,800 | CCF22 | 3 | $142,350 | $5,700 | 14-11 | 3 | $142,350 | $10,000 | 3 | $142,350 | $7,200 |

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: TUNJA (1 Afiliados)** | | | | | | $759,200 | $121,500 | | | $759,200 | $30,400 | | | $759,200 | $30,400 | | | $759,200 | $8,000 | | $759,200 | $38,000 |
| **Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO ( 1 Afiliados)** | | | | | | $759,200 | $121,500 | | | $759,200 | $30,400 | | | $759,200 | $30,400 | | | $759,200 | $8,000 | | $759,200 | $38,000 |
| Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA ( 1 Afiliados) | | | | | | $759,200 | $121,500 | | | $759,200 | $30,400 | | | $759,200 | $30,400 | | | $759,200 | $8,000 | | $759,200 | $38,000 |
| 19 | CC | 1002392913 | CRUZ JUAN | 230301 | 16 | $759,200 | $121,500 | EPS037 | 16 | $759,200 | $30,400 | CCF10 | 16 | $759,200 | $30,400 | 14-11 | 16 | $759,200 | $8,000 | 16 | $759,200 | $38,000 |
| **Total** | **Afiliados( 19)** | | | | | $10,533,900 | $1,686,200 | | | $10,533,900 | $1,317,500 | | | $10,532,951 | $421,800 | | | $10,533,900 | $689,600 | | $10,533,900 | $528,200 |

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 11172423 | 1 | APOLINAR GONZALEZ PALENCIA | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | EDIFICIO | NACIONAL | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3132645476 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-02 | 20250217105011701306 | 9481739971 | E | 2025/02/07 | 2025/02/17 | BANCO AV VILLAS | 10 | $4,675,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 19 | $1,686,200 | $11,400 | $0 | $1,697,600 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $22,800 | $200 | $0 | $23,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 3 | $174,700 | $1,200 | $0 | $175,900 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 12 | $1,200,100 | $8,000 | $0 | $1,208,100 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 3 | $288,600 | $2,000 | $0 | $290,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 19 | $689,600 | $4,600 | $0 | $694,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 19 | $689,600 | $4,600 | $0 | $694,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 19 | $421,800 | $2,900 | $0 | $424,700 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 18 | $391,400 | $2,600 | $0 | $394,000 |
| COMFABOY | CCF10 | 891,800,213 | 8 | 1 | $30,400 | $300 | $0 | $30,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 8) | | | | 19 | $1,317,500 | $9,200 | $0 | $1,326,700 |
| CAJACOPI | CCFC55 | 901,543,211 | 6 | 1 | $100,900 | $700 | $0 | $101,600 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $124,600 | $900 | $0 | $125,500 |
| COOSALUD MOVILIDAD | ESSC24 | 900,226,715 | 3 | 1 | $65,300 | $500 | $0 | $65,800 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 4 | $243,300 | $1,700 | $0 | $245,000 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $100,900 | $700 | $0 | $101,600 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 7 | $397,600 | $2,700 | $0 | $400,300 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 3 | $219,600 | $1,500 | $0 | $221,100 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $65,300 | $500 | $0 | $65,800 |
| ICBF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 19 | $316,500 | $2,200 | $0 | $318,700 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | PAICBF | 899,999,239 | 2 | 19 | $316,500 | $2,200 | $0 | $318,700 |
| SENA (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 19 | $211,700 | $1,500 | $0 | $213,200 |
| SENA | PASENA | 899,999,034 | 1 | 19 | $211,700 | $1,500 | $0 | $213,200 |
| **TOTAL** | | | | **19** | **$4,643,300** | **$31,800** | **$0** | **$4,675,100** |

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018451468 | | DIAZ GONZALEZ JOAN SEBASTIAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 43 A SUR 72 G75 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4636381 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 21445569 | 9486559880 | I | 2025/01/16 | 2025/01/14 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $560,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $240,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $240,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $240,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1018451468 | DIAZ JOAN | 230301 | 30 | $2,000,000 | $320,000 | EPS010 | 30 | $2,000,000 | $240,000 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $240,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018451468 | | DIAZ GONZALEZ JOAN SEBASTIAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 43 A SUR 72 G75 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4636381 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 21445569 | 9486559880 | I | 2025/01/14 | 2024/09/02 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $560,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $240,000 | $0 | $0 | $240,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $240,000 | $0 | $0 | $240,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | $560,000 | **$0** | **$0** | **$560,000** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018451468 | | DIAZ GONZALEZ JOAN SEBASTIAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 43 A SUR 72 G75 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4636381 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-02 | 22665378 | 9553382709 | I | 2025/02/15 | 2025/02/13 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $560,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $240,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $240,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $240,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1018451468 | DIAZ JOAN | 230301 | 30 | $2,000,000 | $320,000 | EPS010 | 30 | $2,000,000 | $240,000 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $2,000,000 | $320,000 | | | $2,000,000 | $240,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |



2025/02/13 01:23 PM

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018451468 | | DIAZ GONZALEZ JOAN SEBASTIAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 43 A SUR 72 G75 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4636381 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-02 | 22665378 | 9553382709 | I | 2025/02/15 | 2025/02/13 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $560,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $320,000 | $0 | $0 | $320,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $240,000 | $0 | $0 | $240,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $240,000 | $0 | $0 | $240,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$560,000** | **$0** | **$0** | **$560,000** |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-02-04, 07:32:59 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070138077

**Periodo Cotización:** enero de 2025 **Periodo Servicio:** enero de 2025

## PAGADO 04/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANNYELA JOHANA ROBLES SAENZ | | |
| **Documento** | CC1019019746 | **Dirección** | CL 135 #53 - 35 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4747389 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1019019746 | ANNYELA JOHANA ROBLES SAENZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.808.000 | $ 449.300 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 2.808.000 | $ 351.000 | 0,522 | $ 2.808.000 | $ 14.700 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 2.808.000 | $ 56.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 871.200 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 2.808.000 | $ 2.808.000 | $ 2.808.000 | $ 2.808.000 | $ 449.300 | $ 351.000 | $ 14.700 | $ 56.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 871.200 | $ 0 | $ 871.200 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-03-10, 02:43:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071027238

**Periodo Cotización:** febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

## PAGADO 08/03/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANNYELA JOHANA ROBLES SAENZ | | |
| **Documento** | CC1019019746 | **Dirección** | CL 135 #53 - 35 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4747389 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1019019746 | ANNYELA JOHANA ROBLES SAENZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 5.128.000 | $ 820.500 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 5.128.000 | $ 641.000 | 0,522 | $ 5.128.000 | $ 26.800 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 5.128.000 | $ 102.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.590.900 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 5.128.000 | $ 5.128.000 | $ 5.128.000 | $ 5.128.000 | $ 820.500 | $ 641.000 | $ 26.800 | $ 102.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.590.900 | $ 0 | $ 1.590.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80229176 | JUAN CARLOS CORTES CORTES | Cll 3 A Sur No 19 42 Apto 502 | 6015974562 | ingcortesjc@yahoo.com.ar | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 26/02/2025 | 84458927 | $450.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 181.300 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 900 | 0 | 182.200 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 232.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.100 | 0 | 233.100 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 35.400 | | | | 35.400 | 7 | 200 | 35.600 | | | 354 | 35.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 181.300 | 182.200 |
| Pensión | 1 | 232.000 | 233.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 35.400 | 35.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 448.700 | 450.900 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80229176 | JUAN CARLOS CORTES CORTES | | Cll 3 A Sur No 19 42 Apto 502 | 6015974562 | ingcortesjc@yahoo.com.ar | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 26/02/2025 | 84458927 | $450.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 80229176 | CORTES CORTES JUAN CARLOS | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.450.000 | 232.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.450.000 | 181.300 | 14-23 | 1.450.000 | 3 | 35.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80229176 | JUAN CARLOS CORTES CORTES | Cll 3 A Sur No 19 42 Apto 502 | 6015974562 | ingcortesjc@yahoo.com.ar | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 26/02/2025 | 84458960 | $448.700 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 181.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 181.300 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 232.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 232.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 35.400 | | | | 35.400 | 0 | 0 | 35.400 | | | 354 | 35.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 181.300 | 181.300 |
| Pensión | 1 | 232.000 | 232.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 35.400 | 35.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 448.700 | 448.700 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO** | **NÚMERO** | **NOMBRE APORTANTE** | | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** | **CORREO** |
| CC | 80229176 | JUAN CARLOS CORTES CORTES | | Cll 3 A Sur No 19 42 Apto 502 | 6015974562 | ingcortesjc@yahoo.com.ar |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PLANILLA ASOCIADA** | **FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)** | **TIPO PLANILLA** | **FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)** | **NÚMERO PLANILLA** | **CANTIDAD** | |
| | | | | | **EMPLEADOS** | **UPC** |
| | | | | | 1 | 0 |
| **PERIODO SALUD** | **PERIODO PENSIONES** | | | | **TOTAL A PAGAR** | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 26/02/2025 | 84458960 | $448.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No.** | **Tipo** | **No. de Identificación** | **Apellidos y Nombres** | **Cotizante** | **Subtipo** | **Extranjero** | **Colom. exterior** | **Estornado** | **ING** | **RET** | **TDE** | **TAE** | **TDP** | **TAP** | **VSP** | **VST** | **SLN** | **IGE** | **LMA** | **VAC** | **AVP** | **VCT** | **IRL** | **CORRECCIÓN** | **Cód. AFP** | **IBC AFP** | **Cotización** | **Voluntario Afiliado** | **Voluntario Aportante** | **Fondo pensional de solidaridad** | **Fondo pensional de subsistencia** | **Cód. EPS** | **IBC EPS** | **Cotización / Valor UPC** | **Cód. ARL** | **IBC ARL** | **Clase de Riesgo** | **Cotización** | **Código CCF** | **IBC CCF** | **Aporte CCF** | **IBC otros parafiscales** | **Aporte SENA** | **Aporte ICBF** | **Aporte ESAP** | **Aporte MEN** |
| 1 | CC | 80229176 | CORTES CORTES JUAN CARLOS | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.450.000 | 232.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.450.000 | 181.300 | 14-23 | 1.450.000 | 3 | 35.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018410720 | JUAN SEBASTIAN NAVIA ORTIZ | Diagonal 40A No. 8 - 91 Apto 1705 | 3015494105 | spielnav31@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 21/02/2025 | 84345190 | $417.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 15 | 1.800 | 0 | 179.800 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 2.300 | 0 | 230.100 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 7.500 | | | | 7.500 | 15 | 100 | 7.600 | | | 75 | 7.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 15 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 15 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 178.000 | 179.800 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 230.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 7.500 | 7.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 413.300 | 417.500 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1018410720 | JUAN SEBASTIAN NAVIA ORTIZ | | Diagonal 40A No. 8 - 91 Apto 1705 | 3015494105 | spielnav31@hotmail.com |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 21/02/2025 | 84345190 | $417.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1018410720 | NAVIA ORTIZ JUAN SEBASTIAN | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018410720 | JUAN SEBASTIAN NAVIA ORTIZ | Diagonal 40A No. 8 - 91 Apto 1705 | 3015494105 | spielnav31@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 13/03/2025 | 84980256 | $415.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 800 | 0 | 178.800 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.000 | 0 | 228.800 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 7.500 | | | | 7.500 | 7 | 100 | 7.600 | | | 75 | 7.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 178.000 | 178.800 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 228.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 7.500 | 7.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 413.300 | 415.200 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1018410720 | JUAN SEBASTIAN NAVIA ORTIZ | Diagonal 40A No. 8 - 91 Apto 1705 | 3015494105 | spielnav31@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 13/03/2025 | 84980256 | $415.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1018410720 | NAVIA ORTIZ JUAN SEBASTIAN | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 15683850 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | RAYMUNDO NICOLAS GUERRERO CORDERO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PURISIMA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 5 CARRERA 4B N° 4-20 | TELÉFONO: | 7818506 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7955654581** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | | 13 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2025/02/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 1292080906 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.400 | $ 0 | $ 384.000 | $ 3.400 | $ 387.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 384.000** | **$ 3.400** | **$ 387.400** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 300.000 | $ 0 | $ 2.600 | $ 0 | $ 300.000 | $ 2.600 | $ 0 | $ 302.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 300.000** | **$ 2.600** | **$ 0** | **$ 302.600** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 12.600 | $ 12.600 | $ 200 | $ 0 | $ 12.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 12.600** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 12.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 15683850 | GUERRERO CORDERO RAYMUNDO NICOLAS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 2.400.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.400.000 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 384.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.400.000 | $ 300.000 | $ 0 | $ 300.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.400.000 | 15683850 | $ 12.600 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 702.800** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 15683850 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | RAYMUNDO NICOLAS GUERRERO CORDERO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PURISIMA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 5 CARRERA 4B N° 4-20 | TELÉFONO: | 7818506 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e ingeniería y otras |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7961598340** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/03/13 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1333179585 | |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 384.000 | $ 0 | $ 384.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 384.000** | **$ 0** | **$ 384.000** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 300.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 300.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 300.000** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 12.600 | $ 12.600 | $ 0 | $ 0 | $ 12.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 12.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 12.600** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 15683850 | GUERRERO CORDERO RAYMUNDO NICOLAS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.400.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.400.000 | $ 384.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 384.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.400.000 | $ 300.000 | $ 0 | $ 300.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.400.000 | 15683850 | $ 12.600 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 696.600**

# Anexo 3

# Inducción

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 24/01/25 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Jean Carlos Blandon Velez |
| NUMERO DE CEDULA: | 1022391580 |
| NOMBRE DEL CARGO: | Auxiliar |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina Marcela Gomez F. |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: Obra o labor

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☑
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 24/01/25

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☒
NO ☐
FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, así como las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | | X |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | | X |
| Cultura Organizacional de la empresa | | X |
| Estructura jerárquica | | X |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | | X |
| Recorrido por las instalaciones | | X |
| Induccion especifica de su cargo | | X |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | | X |
| Comites de seguridad | | X |
| Uso de EPP | | X |
| Procedimientos seguros | | X |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | | X |
| Politicas y reglamento de seguridad | | X |
| Formatos y procedimientos | | X |

Yo, Jean Carlos Blandon Velez
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC: 1022391580

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
CC: 1088661209

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 24/01/25 |
| NOMBRE EVALUADO: | Jean Carlos Biandon Velez |
| NOMBRE EVALUADOR: | |

1 **Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

(e.) Todas las anteriores

2 **Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

(b.) Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

3 **Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| (a.) | b. | c. |
|---|---|---|
| Son 3: | Son 4: | Son 4: |
| - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

5 **Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

(a.) Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caidas por tropezar con gayetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

6 **Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

(a.) Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

(a.) Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

(b.) Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

(c.) Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Jean Carlos B. | |
| EVALUADOR | Cinna González | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 24/01/25 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | JOSE SUAREZ |
| NUMERO DE CEDULA: | 79.499787 |
| NOMBRE DEL CARGO: | SOLDADOR |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina Karola Gonzalez |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: OBRA LABOR

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☑
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 24/01/25

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☒
NO ☐
FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, asi como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | | ✓ |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | | ✓ |
| Cultura Organizacional de la empresa | | ✓ |
| Estructura jerárquica | | ✓ |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | | ✓ |
| Recorrido por las instalaciones | | ✓ |
| Inducción especifica de su cargo | | ✓ |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | | ✓ |
| Comites de seguridad | | ✓ |
| Uso de EPP | | ✓ |
| Procedimientos seguros | | ✓ |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | | ✓ |
| Politicas y reglamento de seguridad | | ✓ |
| Formatos y procedimientos | | ✓ |

Yo, Jose SUAREZ.
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

**FIRMA DEL TRABAJADOR**
cc: 79.499787

**FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:**
cc: 1.023901128

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 24/01/25 |
| NOMBRE EVALUADO: | Jose Suarez B |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina Gonzalez |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre al empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

e. Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|
| - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caidas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Que Significa COPASST?**

a. Comité Partario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Salario, comisiones, horas extras y bonos.

c. Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Jose Suarez | |
| EVALUADOR | Gina Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 24-01-2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | ROBERTO CARABALLO |
| NUMERO DE CEDULA: | 1050845674 |
| NOMBRE DEL CARGO: | AYUDANTE |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina Marcela Gonzalez F. |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: Prestacion De Servicios

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☒
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 24-01-2025

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☐
NO ☐
FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, así como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | | X |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | | X |
| Cultura Organizacional de la empresa | | X |
| Estructura jerárquica | | X |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | | X |
| Recorrido por las instalaciones | | X |
| Induccion especifica de su cargo | | X |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | | X |
| Comites de seguridad | | X |
| Uso de EPP | | X |
| Procedimientos seguros | | X |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | | X |
| Politicas y reglamento de seguridad | | X |
| Formatos y procedimientos | | X |

Yo, _____
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

ROBERTO CARABALLO

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**CC:**

**FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:**

**CC:** 1.023861228

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 24-01-2025 |
| NOMBRE EVALUADO: | ROBERTO JAIRO CARABALLO CARCAMO |
| NOMBRE EVALUADOR: | Linna Maicela González |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

e. Todas las anteriores ✓

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida. ✓

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|
| - Alcohol y drogas ✓ | - Política integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas ✓ | - Política de permisos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral ✓ | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caidas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte ✓

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros ✓

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo ✓

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla. ✓

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

c. Pension, Salud, Riesgos laborales ✓

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | ROBERTO CARABALLO | |
| EVALUADOR | Linna M. González | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 22.01.2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Jader Alvarez |
| NUMERO DE CEDULA: | 1103098166 |
| NOMBRE DEL CARGO: | Oficial |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina M. Gonzalez F. |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| Fijo | ☐ |
| Indefinido | ☐ |
| Prestación de servicios | ☒ |
| Aprendiz/Practicas | ☐ |
| Otro: | |

**TIPO DE INDUCCION**

| | |
|---|---|
| Induccion por ingreso | ☒ |
| Re-induccion | ☐ |
| Reintegro laboral | ☐ |
| Otro | ☐ |

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 22.01.2025

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☐
NO ☐
FECHA: 22-01-25

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, así como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | | ✓ |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | | ✓ |
| Cultura Organizacional de la empresa | | ✓ |
| Estructura jerárquica | | ✓ |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | | ✓ |
| Recorrido por las instalaciones | | ✓ |
| I ccion especifica de su cargo | | ✓ |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | | ✓ |
| Comites de seguridad | | ✓ |
| Uso de EPP | | ✓ |
| Procedimientos seguros | | ✓ |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | | ✓ |
| Politicas y reglamento de seguridad | | ✓ |
| Formatos y procedimientos | | ✓ |

Yo, _____
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la politica de tratamiento de datos personales de la empresa.

Jader Alvarez

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC: 1103098166

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
CC: 1.023.861.108

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 22.01.2023 |
| NOMBRE EVALUADO: | Jaider Alvarez |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina M. Gonzalez |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

✓ Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

✓ b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

✗ a. Son 3:
- Alcohol y drogas
- Política de seguridad y salud en el trabajo
- Prevencion de Acoso laboral

b. Son 4:
- Política integral
- Prevención de consumo de sustancias psicoactivas
- Riesgos prioritarios
- Responsabilidad social

c. Son 4:
- Política integral
- Política de permisos y ausencias
- Política de días cívicos
- Responsabilidad social

**5 Cuáles son los riesgos Inherentes a mi cargo?**

✗ a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contecto con virus, golpes o caidas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

✓ c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

✗ a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

✗ b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

✓ c. Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Jaider Alvarez | Jaider Alvarez |
| EVALUADOR | Gina M. Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GH-FO-12 |
|---|---|---|
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | VERSIÓN: 01 |
| | | HOJA 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Alfonzo Muñoz |
| NUMERO DE CEDULA: | 7675915 |
| NOMBRE DEL CARGO: | Aux |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina Gonzalez |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| Fijo | ☐ |
| Indefinido | ☐ |
| Prestación de servicios | ☐ |
| Aprendiz/Practicas | ☐ |
| Otro: obra labor | |

**TIPO DE INDUCCION**

| | |
|---|---|
| Induccion por ingreso | ☐ |
| Re-induccion | ☐ |
| Reintegro laboral | ☐ |
| Otro | ☐ |
| Induccion | |

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato:

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☐
NO ☐
FECHA: 20/1/25

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, así como las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | | X |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | | X |
| Cultura Organizacional de la empresa | | X |
| Estructura jerárquica | | X |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | | X |
| Recorrido por las instalaciones | | X |
| Induccion especifica de su cargo | | X |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | | X |
| Comites de seguridad | | X |
| Uso de EPP | | X |
| Procedimientos seguros | | X |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | | X |
| Politicas y reglamento de seguridad | | X |
| Formatos y procedimientos | | X |

Yo, _____
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR
cc: 7675915

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
cc: 1.023.961.205

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-XX |
|---|---|---|
| | | VERSION: 03 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 20/1/23 |
| NOMBRE EVALUADO: | |
| NOMBRE EVALUADOR: | Alonso Muñoz |

1 **Que es un accidente de trabajo?** todos los anteriores

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

X e. Todas las anteriores

2 **Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?** Informar urgente al encargado

a. Dirigirme a mi EPS

X b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

3 **Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?** Todos los anteriores

| a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|
| Alcohol y drogas | Política integral | Política integral |
| Política de seguridad y salud en el trabajo | Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | Política de permisos y ausencias |
| Prevención de Acoso laboral | Riesgos prioritarios | Política de días cívicos |
| | Responsabilidad social | Responsabilidad social |

X

5 **Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

X a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caídas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminacion con petroleo y accidente nuclear.

6 **Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?** Todos los anteriores

X a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés

**Qué Significa COPASST?**

X a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?** Todos los anteriores

a. Gritar y salir corriendo.

X b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?** Todos los anteriores

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños

X b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos

c. Pensión, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Alonso Muñoz | |
| EVALUADOR | Cinnia M. Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 22, 02. 2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Dixon. carranco. M |
| NUMERO DE CEDULA: | 9272.338 |
| NOMBRE DEL CARGO: | Oficial |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| Fijo | ☐ |
| Indefinido | ☐ |
| Prestación de servicios | ☐ |
| endiz/Practicas . | ☐ |
| Otro: Obra labor | |

**TIPO DE INDUCCION**

| | |
|---|---|
| Induccion por ingreso | ☒ |
| Re-induccion | ☐ |
| Reintegro laboral | ☐ |
| Otro | ☐ |

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 22.01.2025

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☐
NO ☐
FECHA: 22-01-2025

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, asi como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para asi promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | | X |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | | X |
| Cultura Organizacional de la empresa | | X |
| Estructura jerárquica | | X |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | | X |
| orrido por las instalaciones | | X |
| Induccion especifica de su cargo | | X |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | | X |
| Comites de seguridad | | X |
| Uso de EPP | | X |
| Procedimientos seguros | | X |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | | X |
| Politicas y reglamento de seguridad | | X |
| Formatos y procedimientos | | X |

Yo, _____
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la politica de tratamiento de datos personales de la empresa.

Dixon. Carranco. M

**FIRMA DEL TRABAJADOR**
cc: 9.272.338

**FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:**
cc: 1.023861208

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 22 de Feb 2025 |
| NOMBRE EVALUADO: | Diver carcamo |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina M. Gonzalez T |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

e. Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| a. | b. | c. |
|---|---|---|
| Son 3: | Son 4: | Son 4: |
| - Alcohol y drogas | - Política Integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de dias cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caídas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

c. Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Diver carcamo | Diver carcamo |
| EVALUADOR | Gina M. Gonzalez | Firmado |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 02 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 01-30-2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Luis David Rojas Oliva |
| NUMERO DE CEDULA: | 1-079-886-738 |
| NOMBRE DEL CARGO: | Ayudante |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina M. Gonzalez |

## DATOS GENERALES PARA LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: obra o labor

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☑
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 30-01-25

**PERIODO DE PRUEBA**

- SI ☒
- NO ☐

FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, asi como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | SST | ✓ |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | SST | ✓ |
| Cultura Organizacional de la empresa | SST | ✓ |
| Estructura jerárquica | SST | ✓ |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | SST | ✓ |
| Recorrido por las instalaciones | SST | ✓ |
| Inducción especifica de su cargo | SST | ✓ |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | SST | ✓ |
| Comites de seguridad | SST | ✓ |
| Uso de EPP | SST | ✓ |
| Procedimientos seguros | SST | ✓ |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | SST | ✓ |
| Politicas y reglamento de seguridad | SST | ✓ |
| Formatos y procedimientos | SST | ✓ |

Yo, _____
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC: 1-079.886.738

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
CC: 1.023.861.608

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 30/01/25 |
| NOMBRE EVALUADO: | Juis David Bustos Olaya |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina M. Gonzalez F |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

X Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

X Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| | a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|---|
| | - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| | - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y ausencias |
| X | - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

X Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caídas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

X Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

X Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cual es mi papel dentro del plan de emergencias?**

X Gritar y salir corriendo.

b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

X Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Juis Bustos | |
| EVALUADOR | Gina M Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: 03-FO-32 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | PAGINA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: 28/01/25 | 28/01/2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Jovus pio Saenz beltrán |
| NUMERO DE CEDULA: | 80990940 |
| NOMBRE DEL CARGO: | Operario instalador |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Ginna Marcela Gonzalez F. |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestacion de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: obra o labor

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☒
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 28/01/25

**PERIODO DE PRUEBA**

- SI ☒
- NO ☐
- FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, así como las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | SST | X |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | SST | X |
| Cultura Organizacional de la empresa | SST | X |
| Estructura jerárquica | SST | X |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | SST | X |
| Recorrido por las instalaciones | SST | X |
| Ir[illegible]cion especifica de su cargo | SST | X |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | SST | X |
| Comites de seguridad | SST | X |
| Uso de EPP | SST | X |
| Procedimientos seguros | SST | X |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | SST | X |
| Politicas y reglamento de seguridad | SST | X |
| Formatos y procedimientos | SST | X |

Yo, Jovus pio Saenz Beltran
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC: 80990940

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
CC: 1.075.661.208

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 28/01/25 |
| NOMBRE EVALUADO: | Juan Sanchez Beltran |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina Marcela Gonzalez F |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

X Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

X Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| | | |
|---|---|---|
| X Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
| - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

X Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caídas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

X Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

X Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

X Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

X Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Juan Sanchez | |
| EVALUADOR | Gina Marcela Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 28/01/05 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | LUIS DAVID CHAVES ORDOÑO |
| NUMERO DE CEDULA: | 80215735 BOGOTA. |
| NOMBRE DEL CARGO: | INSTALADOR |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina Marcela Gonzalez F. |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: ORDEN DE IDBOR

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☒
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 28/01/05

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☐
NO ☒
FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, así como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | SST | √ |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | SST | √ |
| Cultura Organizacional de la empresa | SST | √ |
| Estructura jerárquica | SST | √ |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | SST | √ |
| Recorrido por las instalaciones | SST | √ |
| Inducion especifica de su cargo | SST | √ |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | SST | √ |
| Comites de seguridad | SST | √ |
| Uso de EPP | SST | √ |
| Procedimientos seguros | SST | √ |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | SST | √ |
| Politicas y reglamento de seguridad | SST | √ |
| Formatos y procedimientos | SST | √ |

Yo, LUIS CHAVES
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR
cc: 80215735 BOGOTA.

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
cc: 1.023.861.088

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 28/01/05 |
| NOMBRE EVALUADO: | LUIS DEIVER CHAVES. O. |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina Marcela Gonzalez F |

1 **Que es un accidente de trabajo?**

X a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

e. Todas las anteriores

2 **Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

X b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

3 **Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|
| - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| X Política de seguridad y salud en el trabajo | X Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | X Riesgos prioritarios | - Política de dias cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

5 **Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

X a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caídas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caídas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

6 **Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

X a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

X a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerancias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

X b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

X Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | DEIVER CHAVES | |
| EVALUADOR | Gina Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 28 01 2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Luis Carlos Escobar |
| NUMERO DE CEDULA: | 80 880 893 |
| NOMBRE DEL CARGO: | Ayudante. |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Ginna Michele Gonzalez F |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☒
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: _____

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☒
- Re-inducción ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 27. 01. 2025

**PERIODO DE PRUEBA**

- SI ☐
- NO ☒
- FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, asi como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para asi promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | SST | ✓ |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | SST | ✓ |
| Cultura Organizacional de la empresa | SST | ✓ |
| Estructura jerárquica | SST | ✓ |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | SST | ✓ |
| Recorrido por las instalaciones | SST | ✓ |
| Inducion especifica de su cargo | SST | ✓ |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | SST | ✓ |
| Comites de seguridad | SST | ✓ |
| Uso de EPP | SST | ✓ |
| Procedimientos seguros | SST | ✓ |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | SST | ✓ |
| Politicas y reglamento de seguridad | SST | ✓ |
| Formatos y procedimientos | SST | ✓ |

Yo, Luis Carlos Escobar Mojica.
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR
cc: 80880893.

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
cc: 1.023861108

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 28 01 2025 |
| NOMBRE EVALUADO: | Luis Carlos Escobar |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina Marcela González |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

X a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

e. Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

X b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| | a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|---|
| X | - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| | - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y ausencias |
| | - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

X a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caidas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

X a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

X a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

X b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

X Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Luis @. Escobar | |
| EVALUADOR | Gina González | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GSFO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: 28/01/25 | 28/01/2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: Diego Arieta | Diego Arieta |
| NUMERO DE CEDULA: 1107448743 | 1103948743 |
| NOMBRE DEL CARGO: MAESTRO | MAESTRO. |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina Marcela Gonzalez |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: obra labor.

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☑
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 28/01/25

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☐
NO ☐
FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, asi como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para asi promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | Residente SST | X |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | Residente SST | X |
| Cultura Organizacional de la empresa | Residente SST | X |
| Estructura jerarquica | Residente SST | X |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | Residente SST | X |
| Recorrido por las instalaciones | Residente SST | X |
| Inducción especifica de su cargo | Residente SST | X |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | Residente SST | X |
| Comites de seguridad | Residente SST | X |
| Uso de EPP | Residente SST | X |
| Procedimientos seguros | Residente SST | X |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | Residente SST | X |
| Politicas y reglamento de seguridad | Residente SST | X |
| Formatos y procedimientos | Residente SST | X |

Yo, Diego Arieta Bolaño
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR
cc: 1103948743

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
cc: 1.025861.268

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 28/04-23 |
| NOMBRE EVALUADO: | Diego Arista. |
| NOMBRE EVALUADOR: | Ginna M. Gonzalez F |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

X e. Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

X b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| | | |
|---|---|---|
| X a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
| - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

X a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caidas por tropezar con gavetas abiertas, sobresfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

X a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

X a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

X b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

X c. Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Diego Arista | |
| EVALUADOR | Ginna Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 03 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 28 ENERO 2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | SAMIR CABALLERO ROMERO |
| NUMERO DE CEDULA: | 1067863224 |
| NOMBRE DEL CARGO: | SOLDADOR |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☒
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: obra labor

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☒
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

Fecha de inicio del contrato: 28-01-2025

**PERIODO DE PRUEBA**

- SI ☒
- NO ☐
- FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, así como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | Responsable SST | 1 |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | SST | 2 |
| Cultura Organizacional de la empresa | SST | 3 |
| Estructura jerárquica | SST | 4 |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | SST | 5 |
| Recorrido por las instalaciones | SST | 6 |
| Inducción especifica de su cargo | SST | 7 |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | SST | 8 |
| Comites de seguridad | SST | 9 |
| Uso de EPP | SST | 10 |
| Procedimientos seguros | SST | 11 |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | SST | 12 |
| Politicas y reglamento de seguridad | SST | 13 |
| Formatos y procedimientos | SST | 14 |

Yo, SAMIR CABALLERO C

como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la politica de tratamiento de datos personales de la empresa.

SAMIR CABALLERO L

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC: 1067863224

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
CC: 1-023.861.208

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | PÁGINA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 28 Enero 22-25 |
| NOMBRE EVALUADO: | SAMIR CABALLERO ROMERO |
| NOMBRE EVALUADOR: | Ginna Marcela González |

1 **Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiatrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

X Todas las anteriores

2 **Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

X Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

3 **Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|
| - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y Ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

5 **Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

A Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caídas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

6 **Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

X Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

X Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

X Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

X Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | SAMIR CABALLERO | |
| EVALUADOR | Ginna M. González | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 28 ENERO 2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | JORGE ENRIQUE GOMEZ |
| NUMERO DE CEDULA: | 80843915 |
| NOMBRE DEL CARGO: | INSTALADOR |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina Marcela Gonzalez F. |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: HORA LABOR

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☒
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 28-01-2025

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☐
NO ☐
FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, asi como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para asi promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion el trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | SST | ✓ |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | SST | ✓ |
| Cultura Organizacional de la empresa | SST | ✓ |
| Estructura jerárquica | SST | ✓ |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | SST | ✓ |
| Recorrido por las instalaciones | SST | ✓ |
| Inducción especifica de su cargo | SST | ✓ |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | SST | ✓ |
| Comites de seguridad | SST | ✓ |
| Uso de EPP | SST | ✓ |
| Procedimientos seguros | SST | ✓ |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | SST | ✓ |
| Politicas y reglamento de seguridad | SST | ✓ |
| Formatos y procedimientos | SST | ✓ |

Yo, JORGE ENRIQUE GOMEZ
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

JORGE ENRIQUE GOMEZ
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC: 80843915

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
CC: 1.023861708

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 28 ENERO 2015 |
| NOMBRE EVALUADO: | JORGE E GOMEZ |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina Karela González F. |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

✓ e. Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

✓ b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|
| ✓ - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de empleos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

✓ a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caidas por tropezar con gavetas abiertas, sobresfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

✓ a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

✓ a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

✓ b. Dar aviso a los brigaditas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

✓ c. Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | JORGE GOMEZ | JORGE E GOMEZ |
| EVALUADOR | Gina González | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 29-01-2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Angel Emiro Medrano Carrazo |
| NUMERO DE CEDULA: | 1070810409 |
| NOMBRE DEL CARGO: | Oficial |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gimna Marcela Gonzalez |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: obra o labor

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☒
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 29-01-25

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☐
NO ☐
FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, asi como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para así promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion al trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | SST | ✓ |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | SST | ✓ |
| Cultura Organizacional de la empresa | SST | ✓ |
| Estructura jerárquica | SST | ✓ |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | SST | ✓ |
| Recorrido por las instalaciones | SST | ✓ |
| Induccion especifica de su cargo | SST | ✓ |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | SST | ✓ |
| Comites de seguridad | SST | ✓ |
| Uso de EPP | SST | ✓ |
| Procedimientos seguros | SST | ✓ |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | SST | ✓ |
| Politicas y reglamento de seguridad | SST | ✓ |
| Formatos y procedimientos | SST | ✓ |

Yo, Angel Emiro Medrano C.
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, asi mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la politica de tratamiento de datos personales de la empresa.

FIRMA DEL TRABAJADOR
cc: 1070810409

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
cc 1.023.861.208

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 29-01-2023 |
| NOMBRE EVALUADO: | Angel Emma Mediano Carvajal |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina Marcela Gonzalez |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

e. Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|
| - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de permisos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de dias civicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caidas por tropezar con gavetas abiertas, sobreesfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés

**Qué Significa COPASST?**

a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

b. Dar aviso a los brigadistas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

c. Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | Angel Emma Mediano C | |
| EVALUADOR | Gina M. Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-12 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION | HOJA: 1 de 1 |

## DATOS BASICOS

| | |
|---|---|
| FECHA: | 28 ENERO 2025 |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | JORGE ENRIQUE GOMEZ |
| NUMERO DE CEDULA: | 80843915 |
| NOMBRE DEL CARGO: | INSTALADOR |
| ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO: | Gina Marcela Gonzalez F. |

## DATOS GENERALES PARA DE LA INDUCCIÓN

**TIPO DE CONTRATO**

- Fijo ☐
- Indefinido ☐
- Prestación de servicios ☐
- Aprendiz/Practicas ☐
- Otro: HORA LABOR

**TIPO DE INDUCCION**

- Induccion por ingreso ☒
- Re-induccion ☐
- Reintegro laboral ☐
- Otro ☐

**FECHA DE CONTRATACION**

fecha de inicio del contrato: 28-01-2025

**PERIODO DE PRUEBA**

SI ☐
NO ☐
FECHA: _____

## OBJETIVO GENERAL DE LA INDUCCION

Dar a conocer al personal que ingresa a nuestra empresa y personal antiguo, aspectos relevantes concernientes a su labor, asi como las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para asi promover y preservar la salud de los trabajadores.
En la inducción o reinduccion el trabajador se dan a conocer los siguientes aspectos:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Presentación general de la empresa | SST | ✓ |
| Presentación del equipo de trabajo (compañeros) | SST | ✓ |
| Cultura Organizacional de la empresa | SST | ✓ |
| Estructura jerárquica | SST | ✓ |
| Reglas internas de trabajo y obligaciones contractuales | SST | ✓ |
| Recorrido por las instalaciones | SST | ✓ |
| Inducción especifica de su cargo | SST | ✓ |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | SE DIO |
|---|---|---|
| Sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) | SST | ✓ |
| Comites de seguridad | SST | ✓ |
| Uso de EPP | SST | ✓ |
| Procedimientos seguros | SST | ✓ |
| Factores de riesgo a los que esta expuesto | SST | ✓ |
| Politicas y reglamento de seguridad | SST | ✓ |
| Formatos y procedimientos | SST | ✓ |

Yo, JORGE ENRIQUE GOMEZ
como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor. Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares Procedimientos Generales de SST de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo.
De igual forma, declaro que conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa.

JORGE ENRIQUE GOMEZ
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC: 80843915

FIRMA ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO:
CC: 1.023861708

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-38 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | FORMATO EVALUACIÓN INDUCCIÓN | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA EVALUACION: | 28 ENERO 2015 |
| NOMBRE EVALUADO: | JORGE E GOMEZ |
| NOMBRE EVALUADOR: | Gina Karela González F. |

**1 Que es un accidente de trabajo?**

a. Un accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

b. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, incluso fuera del lugar y horas de trabajo.

c. Durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

d. Por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria, cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

✓ e. Todas las anteriores

**2 Que debo hacer si me ocurre un accidente laboral ?**

a. Dirigirme a mi EPS

✓ b. Dar aviso al jefe inmediato, para que realicen el reporte a la ARL y me asignen la atención medica requerida.

c. Irme para la casa y descansar sin avisar a nadie

**3 Señala cuáles son las políticas del INTERVECOP S.A.S.?**

| a. Son 3: | b. Son 4: | c. Son 4: |
|---|---|---|
| ✓ - Alcohol y drogas | - Política integral | - Política integral |
| - Política de seguridad y salud en el trabajo | - Prevención de consumo de sustancias psicoactivas | - Política de empleos y ausencias |
| - Prevencion de Acoso laboral | - Riesgos prioritarios | - Política de días cívicos |
| | - Responsabilidad social | - Responsabilidad social |

**5 Cuáles son los riesgos inherentes a mi cargo?**

✓ a. Quemaduras por rayos solares, accidentes de transito, lesiones por contacto con maquinas y/o equipos, caidas a nivel, exposición a ruidos y polvos, dolores de espalda, estrés, contacto con virus, golpes o caidas por tropezar con gavetas abiertas, sobresfuerzos, robo y extorcion, accidentes de transito y muerte

b. Hambre, sueño, aburrimiento, pereza.

c. Ahogamiento, perdida de la memoria, contaminación con petroleo y accidente nuclear.

**6 Qué beneficios obtengo a traves del SGSST?**

✓ a. Elementos de protección personal, dotación, permiso de trabajo, ambientes de trabajos seguros

b. Dinero, felicidad y vacunas gratis.

c. Examenes medicos, charlas en salud, atención medica por eps y charlas para manejo del estrés.

**Qué Significa COPASST?**

✓ a. Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo

b. Comité organizado para atender sugerencias y socorrer trabajadores.

c. Comité de convivencia laboral.

**Cuál es mi papel dentro del plan de emergencias?**

a. Gritar y salir corriendo.

✓ b. Dar aviso a los brigaditas, seguir sus instrucciones y en caso de haber una persona afectada, tener especial cuidado de no moverla.

c. Buscar una salida de emergencia y salir sin avisar a nadie.

**A qué tengo derecho en mi seguridad social?**

a. Boletas para cine, entradas al museo y bonos sodexo de cumpleaños.

b. Sueldo, comisiones, horas extras y bonos.

✓ c. Pension, Salud, Riesgos laborales

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| EVALUADO | JORGE GOMEZ | JORGE E GOMEZ |
| EVALUADOR | Gina González | |

# Anexo 4.

# Entrega de EPP.

| IN ERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Alfonso Muñoz |
| CARGO: | AUX |
| PERIODO DE ENTREGA: | Enero |

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Uniforme | 90 | 20-01-25 | |
| 1 | Casco | U | " " | |
| 1 | Guantes | U | " " | |
| 1 | gafas | U | | |
| 1 | tapaidos | U | | |
| 2 | tapabocas | U | " " | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Alfonso Muñoz declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotación, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberá utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcta uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.

d) La dotación que aquí se entregan es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma [signature] CC 7675915

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979. Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II. De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 80. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91:

1. Para el trabajador:

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, resguardo el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jean Carlos Blandon. V.
CARGO: AUXILIAR
PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Pantalon | L | 24/01/25 | |
| 1 | Camisa | L | 24/01/25 | |
| 1 | Casco | U | 24/01/25 | |
| 1 | TAPA Boca | U | 24/01/25 | |
| 1 | Guantes | U | 24/01/85 | |
| 1 | Gafas. | U | 24/01/25 | |
| 1 | Tapa oidos | U | 24/01/25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Jean Carlos Blandon. dejo(a) haber recibido por parte de la empresa, elementos de Protección individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:
a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotacion si la empresa me lo solicita

Firma _____ CC 1022541580

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección. Artículos 176, 177 y 178

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jose Suarez
CARGO: Ayudante
PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | CASCO | U | 24/01/25 | |
| 1 | TAPABOCAS | U | 24/01/25 | |
| 1 | OVEROL | L | 24/01/25 | |
| 1 | TAPAOIDOS | U | 24/01/25 | |
| 2 | TAPA BOCA | U | 24/01/25 | |
| 1 | GUANTES | U | 24/01/25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Jose SUAREZ. B
declaro haber recibido por parte de la empresa, elementos de Protección individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:
a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
Firma _____ cc 79499787

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:
LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.
RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II. De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1979. Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:
a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.
Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.
b. Para el trabajador.
El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ROBERTO JAIRO CARABALLO

CARGO: AUXILIAR

PERIODO DE ENTREGA: (NOV)

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | CASCO | U | 24-01-25 | |
| 1 | TAPA BOCAS | U | 24-01-25 | |
| 1 | TAPA OIDO | U | 24-01-25 | |
| 1 | OVEROL | L | 24-01-25 | |
| 1 | GAFAS | U | 24-01-25 | |
| 1 | GUANTES | U | 24-01-25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo ROBERTO JAIRO CARABALLO declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotación, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre va correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.

d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 1050245824

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Diover. Carmona. M
CARGO: Oficial
PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Uniforme | 42 | 22-01-25 | |
| 1 | Casco | U | 22-01-25 | |
| 1 | Guantes | U | " " | |
| 2 | tapabocas | U | | |
| 1 | tapaoidos | U | " " | |
| 1 | Gafas | U | " " | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Diover. Carmona. M declaro haber recibido por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que debere utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.

d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolucion de la dotacion si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 9272378

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979. Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II. De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Jaider Alvarez |
| CARGO: | Oficial |
| PERIODO DE ENTREGA: | Enero |

| CANT | DOTACIÓN / EPP: | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Uniforme | 4G | 22.01.25 | |
| 1 | Casco | U | 22.01.25 | |
| 1 | Gafas | U | 22.01.25 | |
| 1 | Guantes | U | 22.01.25 | |
| 2 | tapabocas | U | 22.01.25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 22.01.25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Jaider Alvarez identificado con cedula de ciudadanía No. 1103098668 de Cúcuta, declaro haber recibido por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.

d) La dotacion que aqui se entrega es y sera de la empresa en todo momento, en caso de terminacion de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma Jaider Alvarez CC 1103098668

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JORGE ENRIQUE GOMEZ
CARGO: INSTALADOR
PERIODO DE ENTREGA: ENERO

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | CASCO | UNICO | 28-01-25 | |
| 1 | GUANTES | UNICO | 28-01-25 | |
| 1 | OVEROL | 38 - L | 28-01-25 | |
| 1 | GAFAS | UNICO | 28-01-25 | |
| 1 | TAPA BOCAS | UNICO | 28-01-25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo JORGE E GOMEZ declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.
d) La dotacion que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma JORGE GOMEZ 80821315

COMPROMISO DE UTILIZACION DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección. Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juan Saenz Beltran
CARGO: Instalador
PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Pantalon | 32 | 28/01/25 | |
| 1 | Camisa | M | 28/01/25 | |
| 1 | Guantes | 9 | " " " | |
| 1 | Gafas | U | " " " | |
| 1 | Casco | U | " " " | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Juan Saenz Beltran declaro haber recibido por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotación, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.

d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 80920940

COMPROMISO DE UTILIZACION DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieren, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener acecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | LUIS DELGADO CHAVES O. |
| CARGO: | INSTALADOR |
| PERIODO DE ENTREGA: | |

| CANT | DOTACION / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | OVEROL | 32 | 28/01/05 | |
| 1 | PAR GUANTES | 25 | 28/01/05 | |
| 1 | CASCO | BANDOLA | 28/01/05 | |
| 1 | TAPABOCAS | UNICO | 28/01/05 | |
| 1 | TAPAOIDOS | UNICO | 28/01/05 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo LUIS DELGADO CHAVES O.
declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:
a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcto utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
Firma _____ cc 80215735

COMPROMISO DE UTILIZACION DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:
LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Articulos 122, 123 y 124.
RESOLUCION 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capitulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Articulos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1979, Articulo 85. Todos los trabajadores están obligados a:
a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.
Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.
b. Para el trabajador.
El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vinculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previo autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-92 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Diego Arieta |
| CARGO: | Maestro Oficial |
| PERIODO DE ENTREGA: | Enero |

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | casco | U | 28/01/25 | |
| 1 | lente | U | 28/01/25 | |
| 1 | Tapa oido | U | 28/01/25 | |
| 1 | guantes | U | 28/01/25 | |
| 1 | pantalon | 42 | 28/01/25 | |
| 1 | camisa | 42 | 28/01/25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Diego Arieta Bladel,
declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcto utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.

d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 1057493413

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que la requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Articulos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capitulo II. De los Equipos y Elementos de Proteccion, Articulos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | SAMIR CABALLERO R. |
| CARGO: | SOLDADOR. |
| PERIODO DE ENTREGA: | ENERO |

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | UNIFORME | L | 28-01-25 | |
| 1 | BOTA | 42 | 28-01-25 | |
| 1 | GUANTES | U | " " | |
| 1 | TAPA BOCAS | U | " " | |
| 1 | TAPA OIDOS | U | " " | |
| 1 | CASCO | U | 28-01-25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo SAMIR CABALLERO R.
declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotación, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberá utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:
a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
Firma SAMIR CABALLERO CC 1067866324

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979. Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Juis Carlos Escobar

CARGO: Ayudante.

PERIODO DE ENTREGA:

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | uniforme. | L | 27.01.25 | |
| 1 | Tapa oidos | | 27.01.25 | |
| 1 | Tapa boca. | | 27.01.25 | |
| 1 | casco. | | 27.01.25 | |
| 1 | guante. | | 27.01.25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Juis Carlos Escobar

declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.

d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 80880893

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979. Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Angel Emiro Medrano Camayo
CARGO: Oficial
PERIODO DE ENTREGA:

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco | U | 29-01-25 | |
| 1 | Uniforme | XL | 29-01-25 | |
| 1 | Guantes | U | 29-01-25 | |
| 1 | Gafas | U | 29-01-25 | |
| 2 | Tapabocas | U | 29-01-25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Angel Emiro Medrano Camayo declaro haber recibido Por parte de la empresa, el elemento de Protección Individual, o dotación, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:
a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 1070609110 9

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:
LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.
RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:
a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.
Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.
b. Para el trabajador.
El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Luis David Rojas Olaya
CARGO: Ayudante
PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Botas | 42 | 30/01/25 | |
| 1 | Uniforme | 40 | 30/01/25 | |
| 1 | Tapabocas | U | 30/01/25 | |
| 4 | Tapabocas | U | 30/01/25 | |
| 1 | Guantes | U | 30/01/25 | |
| 1 | Gafas | U | 30/01/25 | |
| 2 | Guantes | U | 10/02/25 | |
| 5 | Tapabocas | U | 10/02/25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Luis David Rojas Olaya declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante le jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ cc 1.079.796.728

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, faculten al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FD-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Yeis Carcamo
CARGO: Ayudante
PERIODO DE ENTREGA: 15-01-2025

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco | U | 15-01-25 | |
| 1 | Gafas | U | 15-01-25 | |
| 2 | tapabocas | U | 15-01-25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 15-01-25 | |
| 1 | Uniforme | 40 | 15-01-25 | |
| 1 | Guantes | U | 15-01-25 | |
| 2 | tapabocas | U | 22-01-25 | |
| 1 | guante | U | 22-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 26-01-25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 26-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 05-02-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 15-02-25 | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Yeis.
declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:
a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
Firma Yeis Carcamo cc 1051669561

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:
LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.
RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II. De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:
a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.
Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.
b. Para al trabajador.
El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Edgardo Arango
CARGO: Ayudante
PERIODO DE ENTREGA: 15-01-2025

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Uniforme | 40 | 15-01-25 | |
| 1 | Guantes | U | 15-01-25 | |
| 1 | Gafas | U | 15-01-25 | |
| 2 | tapabocas | U | 15-01-25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 15-01-25 | |
| 1 | Casco | U | 15-01-25 | |
| 2 | tapabocas | U | 20-01-25 | |
| 2 | tapabocas | U | 22-01-25 | |
| 1 | guantes | U | 22-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 28-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 05-02-25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 05-02-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 11-02-25 | |
| | | | | |

Yo Edgardo Arango Bejarano declaro haber recibido por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 1144649824

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.
RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capitulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:
a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.
Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.
b. Para el trabajador.
El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vinculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Alberto Alvarez
CARGO: Oficial
PERIODO DE ENTREGA: 15-01-2025

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Guantes | U | 15-01-25 | |
| 1 | Uniforme | 44 | 15-01-25 | |
| 1 | Gafas | U | 15-01-25 | |
| 1 | Casco | U | 15-01-25 | |
| 2 | tapabocas | U | 15-01-25 | |
| 1 | tapa oidos | U | 15-01-25 | |
| 2 | tapa bocas | U | 22-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 28-01-25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 06-02-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 06-02-25 | |
| 1 | Guantes | U | 06-02-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 11-02-25 | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Alberto Alvarez S. declaro haber recibido por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC: 78758673

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.
RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Carlos Romero |
| CARGO: | Ayudante |
| PERIODO DE ENTREGA: | Enero |

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Botas | 40 | 15-01-25 | |
| 1 | Gafas | U | 15-01-25 | |
| 1 | Guantes | U | 15-01-25 | |
| 2 | tapabocas | U | 15-01-25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 15-01-25 | |
| 1 | Gafas | U | 15-01-25 | |
| 1 | Uniforme | 1 | 15-01-25 | |
| 2 | tapa bocas | U | 22-01-25 | |
| 1 | Gafas | U | 22-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 28-01-25 | |
| 1 | Guantes | U | 28-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 06-02-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 11-02-25 | |
| | | | | |

Yo Carlos Romero declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.

d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ cc 1140816285

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II. De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Johan Chavez
CARGO: Ayudante
PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Uniforme | L | 17-01-25 | |
| 1 | Gafas | U | 17-01-25 | |
| 1 | Guantes | U | 17-01-25 | |
| 1 | botas | 39 | 17-01-25 | |
| 1 | tapabocas | U | 17-01-25 | |
| 1 | tapa oído | U | 17-01-25 | |
| 2 | tapabocas | U | 23-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 28-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 05-02-25 | |
| 1 | Guantes | U | 05-02-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 11-02-25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 11-02-25 | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Johan Chavez
declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:
a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilizacion, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolucion de la dotación si la empresa me lo solicita.
Firma _____ CC 1004902895

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:
LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.
RESOLUCION 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:
a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.
Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.
b. Para el trabajador.
El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevencion de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vinculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores publicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Alfonso Muñoz
CARGO: AUX
PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Uniforme | 40 | 20-01-25 | |
| 1 | Casco | U | " " | |
| 1 | Guantes | U | " " | |
| 1 | gafas | U | | |
| 1 | tapaoidos | U | | |
| 2 | tapabocas | U | " " | |
| 5 | tapabocas | U | 28-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 28-01-25 | |
| 1 | Guantes | U | 28-01-25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 28-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 28-01-25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Alfonso Muñoz declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotación, haber sido informado de los trabajos y áreas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 7675915

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales.

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.
RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II. De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:
a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.
Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.
b. Para el trabajador.
El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Dover. Carmona. M

CARGO: Oficial

PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Uniforme | 44 | 22-01-25 | |
| 1 | Casco | U | 22-01-25 | |
| 1 | Guantes | U | " " | |
| 2 | tapabocas | U | | |
| 1 | tapaoidos | U | " " | |
| 1 | Gafas | U | " " | |
| 5 | tapabocas | U | 28-01-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 04-02-25 | |
| 1 | Guantes | U | 04-02-25 | |
| 1 | tapaoidos | U | 04-02-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 10-02-25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Dover. Carmona. M declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotación, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.

d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 9272378

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previo autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jean Carlos Blandon. V.
CARGO: AUXILIAR
PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Pantalon | L | 24/01/25 | |
| 1 | Camisa | L | 24/01/25 | |
| 1 | Casco | U | 24/01/25 | |
| 1 | TAPA Boca | U | 24/01/25 | |
| 1 | Guantes | U | 24/01/25 | |
| 1 | Gafas. | U | 24/01/25 | |
| 1 | Tapa oidos | U | 24/01/25 | |
| 5 | tapa bocas | U | 30-01-25 | |
| 5 | tapa bocas | U | 10-02-25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Jean Carlos Blandon.
declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:
a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotacion si la empresa me lo solicita.
Firma _____ CC 1024391580

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
La empresa, en cumplimiento de la legislacion sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:
LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.
RESOLUCION 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capitulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1079, Articulo 85. Todos los trabajadores están obligados a:
a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.
Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.
b. Para el trabajador:
El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o especifica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vinculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jose Suarez
CARGO: Ayudante
PERIODO DE ENTREGA: Enero

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | CASCO | U | 24/01/25 | |
| 1 | TAPABOCAS | U | 24/01/25 | |
| 1 | OVEROL | L | 24/01/25 | |
| 1 | TAPAOIDOS | U | 24/01/25 | |
| 2 | TAPA BOCA | U | 24/01/25 | |
| 1 | GUANTES | U | 24/01/25 | |
| 5 | tapabocas | U | 30/01/25 | |
| 5 | tapabocas | U | 10/02/25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Jose SUAREZ.B
declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:
a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.
b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.
c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.
d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
Firma _____ CC 79499787

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:
LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.
RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II. De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.
LEY 9 DE 1979, Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:
a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.
Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTÍCULO 91.
b. Para el trabajador.
El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ROBERTO JAIRO CARABALLO

CARGO: AUXILIAR

PERIODO DE ENTREGA: CHOCO

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | CASCO | U | 24-01-25 | |
| 1 | TAPA BOCAS | U | 24-01-25 | |
| 1 | TAPO OIDO | U | 24-01-25 | |
| 1 | OVEROL | L | 24-01-25 | |
| 1 | GAFAS | U | 24-01-25 | |
| 1 | GUANTES | U | 24-01-25 | |
| 5 | TAPABOCAS | U | 30-01-25 | |
| 5 | TAPABOCAS | U | 10-02-25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo ROBERTO JAIRO CARABALLO declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que deberé utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leído y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de esta.

d) La dotacion que aqui se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 1050245674

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979, Elementos de Protección Personal Articulos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capitulo II, De los Equipos y Elementos de Protección, Articulos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979, Articulo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: | Diego Anicto |
| CARGO: | Maestro Oficial |
| PERIODO DE ENTREGA: | Enero |

| CANT | DOTACIÓN / EPP | TALLA/DESCRIPCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | casco | U | 28/01/25 | |
| 1 | lente | U | 28/01/25 | |
| 1 | Tapa oido | U | 28/01/25 | |
| 1 | guantes | U | 28/01/25 | |
| 1 | pantalon | XL | 28/01/25 | |
| 1 | camisa | XL | 28/01/25 | |
| 5 | tapabocas | U | 06-02-25 | |
| 1 | Guantes | U | 06-02-25 | |
| 5 | tapabocas | U | 12-02-25 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Yo Diego Anicto Blanco,
declaro haber recibido Por parte de la empresa, elementos de Protección Individual, o dotacion, haber sido informado de los trabajos y zonas en los que debere utilizar dicho equipo, haber recibido instrucciones para su correcto uso y mantenimiento, y haber leido y comprendido este documento. Acepto el compromiso de:

a) Utilizar este equipo durante la jornada de trabajo en las áreas donde es obligatorio su uso.

b) Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando su perfecto estado y conservación.

c) En caso de deterioro del EPP, el trabajador debe devolverlo a la empresa y solicitar cambio de este.

d) La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación de contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.

Firma _____ CC 1103949413

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

La empresa, en cumplimiento de la legislación sobre Salud Ocupacional y de acuerdo con los factores de riesgo ocupacionales identificados en el Diagnóstico de Condiciones de Trabajo para cada uno de los cargos, entrega la dotación de los implementos de protección personal a cada uno de los trabajadores que lo requieran, teniendo en cuenta las siguientes disposiciones legales:

LEY 9 DE 1979. Elementos de Protección Personal Artículos 122, 123 y 124.

RESOLUCIÓN 2400 DE 1979, del Ministerio del Trabajo. Capítulo II. De los Equipos y Elementos de Protección, Artículos 176, 177 y 178.

LEY 9 DE 1979. Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.

b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.

c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Decreto 1295 de 1994, del Ministerio de Gobierno. Sanciones. ARTICULO 91.

b. Para el trabajador.

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le hayan comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

# Anexo 5.

# Soportes capacitaciones

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GTH-FT-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 20 01 25

Capacitador: Ginna González

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Inducción SST, capacitación ambiental y notificación del riesgo

Hora inicio:

Hora fin:

| No. | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | JUNIOR HIGUERA | AUX | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 22 01 25

Capacitador: Ginna González

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Riesgo biomecanico

Hora inicio: 8:30 am

Hora fin: 8:50 am

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | 1053826[illegible] | |
| 2 | Alberto Alvarez S | 78758678 | |
| 3 | Oscar Carcamo | 9.272.336 | |
| 4 | [illegible] | 1051669561 | |
| 5 | Johan Chaves | 1014[illegible] | |
| 6 | Edgar Arango | 1116499924 | |
| 7 | Jaider [illegible] | 1030906[illegible] | |
| 8 | Mario Alfonso | 9675915 | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

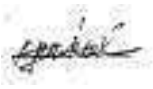
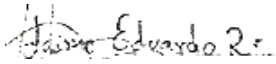
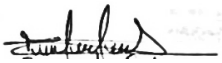
| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVECOP S.A.S.** | CÓDIGO: GS-FO-22 |
| | | VERSIÓN: 01 |
| | **ASISTENCIA A CAPACITACIONES** | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| Ciudad: Bogotá DC | Fecha: 22 1 2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Capacitador: | Annyela Johana Robles Saenz | Entidad: | Proyecto 9174-2024, SDIS |

Tema de la capacitación: Manejo de cargas , Uso de EPP, Protección y uso adecuados de recursos Hidricos

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hora inicio: | 2:00 p. m. | Hora fin: | 4:00pm |

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | JOHAN VICENTE VILLA ORJUELA | Director de obra |  |
| 2 | DANIEL JOSE NIEVES VERGARA | Residente de obra |  |
| 3 | ANDRES FELIPE CANTOR MONTENEGRO | Residente de obra |  |
| 4 | YISETH JOHANNA BARRIOS GARCES | Inspectora de obra |  |
| 5 | SERGIO LEONARDO AGUIEDO GOMEZ | Inspector de obra |  |
| 6 | ALEX JAVIER MONTES GARCIA | Inspector de obra |  |
| 7 | JAIME EDUARDO RODRIGUEZ QUINTERO | Inspector de obra |  |
| 8 | GINNA MARCELA GONZALEZ FONSECA | Auxiliar SST |  |
| 9 | JOAN SEBASTIAN DIAZ GONZALEZ | Residente Ambiental |  |

Firma responsable de la Capacitacion: 

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVECOP S.A.S.** | CÓDIGO: GS-FO-22 |
| | | VERSIÓN: 01 |
| | **ASISTENCIA A CAPACITACIONES** | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá DC

Fecha: 22 1 2025

Capacitador: Annyela Johana Robles Saenz Entidad: Proyecto 9174-2024, SDIS

Tema de la capacitación: Manejo de cargas , Uso de EPP, Protección y uso adecuados de recursos Hidricos

Hora inicio: 2:00 p. m. Hora fin: 4:00pm

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | JOSE LUIS CORREA AVILA | INSPECTOR DE OBRA |  |
| 2 | CHRISTIAN ANDRES OBANDO CASTAÑEDA | PROFESIONAL AUXILIAR SST |  |
| 3 | JACCEL JOHANNA LOPEZ LOPEZ | PROFESIONAL AUXILIAR SST |  |
| 4 | ADRIANA MARIA MAHECHA HERRERRA | PROFESIONAL AUXILIAR SST |  |
| 5 | JAVIER IVAN RINCON LEON | INSPECTOR DE OBRA |  |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion: 

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 22 01 25

Capacitador: Ginna Marcela González Entidad: Intervecop

Tema de la capacitacion: Inducción de SG-SST, capacitación ambiental y notificación

Hora inicio: Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Dayver Carranza M | Oficial | |
| 2 | Jaider Alvarez | Oficial | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 24 01 25

Capacitador: Gina M. Gonzalez

Entidad:

Tema de la capacitación: Riesgos de trabajo en alturas

Hora inicio:

Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | ROBERTO CARABALLO | AUXILIAR | |
| 2 | Jean Carlos Blandon | AUXILIAR | |
| 3 | Jose Suarez B | Soldador | |
| 4 | Dreyer Carcamo M | Oficial | |
| 5 | Yeb Carcamo M | Ayudante | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 24 01 25

Capacitador: Anna Marcela González F Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Notificación del Resp, Capacitación ambiental y SGSST

Hora inicio: Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Jose Surice | soldador | |
| 2 | Jose Carlos Olarte | AUX | |
| 3 | Roberto Jairo Cardona | AUX | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: 05-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogota

Fecha: 28 01 2025

Capacitador: Gilma M. González

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Notificación del Riesgo, capacitación ambiental y SGSST

Hora inicio:

Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Jesa Gomez | instalador | |
| 2 | JORGE GOMEZ | INSTALADOR | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: ES-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 28 01 25

Capacitador: Linna Gonzalez

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Notificación del Riesgo, capacitación ambiental y SGSST

Hora inicio:

Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis Carlos escobar | AUX. | |
| 2 | Samir Caballero | SOLDADOR | SAMIR C. |
| 3 | Diego Arteta | Maestro | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 28 01 25

Capacitador: Camu Marcela Gonzalez Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Llamado de atención y demás
Importancia de uso de EPP para trabajo en alturas

Hora inicio: 8:10 am Hora fin: 8:40 am

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis Carlos Escobar | Ayudante. | |
| 2 | Drover Carranza M | Oficial | |
| 3 | Yeis Carranza M | Ayudante | |
| 4 | Roberto Caraballo | Ayudante | |
| 5 | Jean Carlos Blandon | Ayudante | |
| 6 | Jose Suarez | Oficial | |
| 7 | Samir Caracciolo R | Soldador | SAMIR C. |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogota

Fecha: 2019 01 25

Capacitador: Ginna Gonzalez

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Notificación del riesgo, capacitación ambiental y SGSST

Hora inicio:

Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Angel Emiro Madrono Carrejo | Oficial | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 30 04 25

Capacitador: Gina M. Gonzalez Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Notificación del riesgo; capacitación ambiental, Inducción SGSST

Hora inicio: Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis Ropero | ayudante | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 30 01 25

Capacitador: Diana M. Gonzalez

Entidad: Manejo Intervecop

Tema de la capacitación: Manejo de Sustancias Químicas

Hora inicio: 9:00 a.m

Hora fin: 9:15 a.m

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis Carlos Escobar | AUX | |
| 2 | Jean Carlos Blandon | AUX | |
| 3 | Jose Sumoza | OFICIAL | |
| 4 | Roberto Caraballo | AUX | |
| 5 | Javier Caballero R | OFICIAL | |
| 6 | ANDERSON GARRIDO ARANA | OFICIAL | ANDERSON GARRIDO |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 31 01 25

Capacitador: Gina M. Gonzalez

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Que hacer en caso de emergencias

Hora inicio: 7:15

Hora fin: 7:25

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Jorge Ropero | Vigilante | |
| 2 | ALFONSO MUÑOZ | AUX | |
| 3 | Luis Calcumo | Aludante | |
| 4 | Eduardo Arroyo Rojas | ayudante | |
| 5 | Carlos Vera | Aux | |
| 6 | Diovar Garcia | Oficial | |
| 7 | Alberto Nieves | Aplad | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GE-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | PAGINA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 03 02 25

Capacitador: Gina González

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Siniestros viales
Manejo y Control Para el Cuidado del Agua

Hora inicio:

Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Angel Emilio Medrano Cortazar | Oficial | |
| 2 | Yojs Talcarazo | Ayudante | |
| 3 | Alfonso Montol | Aux | |
| 4 | Eyder Mayo | Aux | |
| 5 | Jhoxer Carranza | Oficial | |
| 6 | Alfonso Alvarez | Oficial | |
| 7 | Luis Bohon | Ayudante | |
| 8 | Jesus Carranza | Ayudante | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-23 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 05 02 25

Capacitador: Gina M. Gonzalez Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Manipulación de cargas y levantamiento y transporte y Control para el cuidado del oído.

Hora Inicio: Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Alfonso Muñoz | Aux | |
| 2 | Johan Chavez | Aux | |
| 3 | Jover Carvajal | Ofi | |
| 4 | Luis Lopez | Ayudante | |
| 5 | Eduardo Arenas | Aux | |
| 6 | Oscar Calcetero | Ayudante | |
| 7 | Daniel Aguirre | Operario | |
| 8 | Alberto Alvarez | | |
| 9 | Juan Carlos Escobar | Aux | |
| 10 | Sandra Cancelero | Soldadora | |
| 11 | Jose Suarez | Soldador | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 06 02 25

Capacitador: Ginna Marcela González Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Orden y aseo / Inspecciones p/arendas
Manejo de Residuos.

Hora inicio: Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Yeis Caicamo | Ayudante | Yeis |
| 2 | Luis Rojas | ayudante | |
| 3 | Diego Arrieta | oficial | |
| 4 | Jhovan Cardenas | 9242338 | |
| 5 | Edgar Lobayo | 1146498924 | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 07 02 25

Capacitador: Gina M. Gonzalez Entidad: Intervercop

Tema de la capacitación: Preservación de Fauna y Flora
Riesgo locativo

Hora inicio: Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Diego Arrieta | operador | |
| 2 | Luis Talcamo | Ayudante | |
| 3 | Brayan Carcamo | OF | |
| 4 | Luis Vargas | ayudante | |
| 5 | Edgar Delgado | ayudante | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: 05-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 10 02 25

Capacitador: Anna M. González

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Trabajo en equipo, Plan de Emergencia Manejo Adecuado recursos naturales

Hora inicio: 7:10 am

Hora fin: 7:50 am

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Jose Carlos escobar | Ayo. | |
| 2 | Sarie CABALLERO | TECNICO | SARIE C. |
| 3 | Anderson Garrido | AYU | garrido |
| 4 | Carlos Sama | AYU | |
| 5 | Alberto Alvarez | | |
| 6 | Angel Medina | aseo | |
| 7 | Luis Calderon M | Docente | |
| 8 | Edgar Araujo | ayudante | |
| 9 | Alfonso Muñoz | AUX | |
| 10 | Luis Rojas | Ayudante | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 11 02 25

Capacitador: Ginna González

Entidad: Intervercop

Tema de la capacitacion: Notificación del Riesgo, asumen lo riesgos Capacitación Medio Ambiente SDIS, Sobriedad y exima a la empresa Intervercop

Hora inicio:

Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | WAIFRAN | Palero | WAIFRAN |
| 2 | Jairo González | Palero | Jairo González |
| 3 | Santiago Luna | Palero | Santiago Luna |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 11 02 25

Capacitador: Gina Z M. González

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Llamado de Atención Actividades en alturas
COC San Blass, Recordatorio Seguridad en alturas

Hora inicio:

Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Edgardo Arroyo R | AUX | |
| 2 | Angel Mojeano | OP | |
| 3 | Johan Chavez | AUX | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitación:

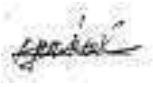
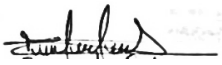
| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVECOP S.A.S.** | CÓDIGO: GS-FO-22 |
| | | VERSIÓN: 01 |
| | **ASISTENCIA A CAPACITACIONES** | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| Ciudad: Bogotá DC | Fecha: 12 2 2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Capacitador: | Annyela Johana Robles Saenz | Entidad: | Proyecto 9174-2024, SDIS |

Tema de la capacitación: Orden y aseo, inspecciones planeadas,Manejo de residuos

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hora inicio: | 10:00 a. m. | Hora fin: | 12: 00m |

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | JOHAN VICENTE VILLA ORJUELA | Director de obra |  |
| 2 | DANIEL JOSE NIEVES VERGARA | Residente de obra |  |
| 3 | ANDRES FELIPE CANTOR MONTENEGRO | Residente de obra |  |
| 4 | YISETH JOHANNA BARRIOS GARCES | Inspectora de obra |  |
| 5 | SERGIO LEONARDO AGUIEDO GOMEZ | Inspector de obra |  |
| 6 | ALEX JAVIER MONTES GARCIA | Inspector de obra |  |
| 7 | JAVIER IVAN RINCON LEON | INSPECTOR DE OBRA |  |
| 8 | GINNA MARCELA GONZALEZ FONSECA | Auxiliar SST |  |
| 9 | JOAN SEBASTIAN DIAZ GONZALEZ | Residente Ambiental |  |

Firma responsable de la Capacitacion: 

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVECOP S.A.S.** | CÓDIGO: GS-FO-22 |
| | | VERSIÓN: 01 |
| | **ASISTENCIA A CAPACITACIONES** | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá DC

Fecha: 12 2 2025

Capacitador: Annyela Johana Robles Saenz Entidad: Proyecto 9174-2024, SDIS

Tema de la capacitación: Orden y aseo, inspecciones planeadas,Manejo de residuos

Hora inicio: 10:00 a. m. Hora fin: 12: 00m

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | JOSE LUIS CORREA AVILA | INSPECTOR DE OBRA |  |
| 2 | CHRISTIAN ANDRES OBANDO CASTAÑEDA | PROFESIONAL AUXILIAR SST |  |
| 3 | JACCEL JOHANNA LOPEZ LOPEZ | PROFESIONAL AUXILIAR SST |  |
| 4 | ADRIANA MARIA MAHECHA HERRERRA | PROFESIONAL AUXILIAR SST |  |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion: 

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GSHFO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 13 02 25

Capacitador: Gina González

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Inspecciones planeadas de seguridad
Manejo adecuado y Control cuidado del aire

Hora inicio:

Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Johan Chavez | AUX | |
| 2 | Angel Mejano | aseal | |
| 3 | Edgardo Araujo R | aux | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 14 02 25

Capacitador: Ginna M. Gonzalez

Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: El respeto y la resolución 026
Capacitación Manejo de Residuos

Hora inicio:

Hora fin:

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Johan Chavez | AUX | |
| 2 | Luis Ruman | ayudan | |
| 3 | Angel Mejano | ofi | |
| 4 | Eduardo Arroyave Rojas | AUX. | |
| 5 | Paulina Gonzalez | misio | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitación:

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-22 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | ASISTENCIA A CAPACITACIONES | HOJA: 1 de 1 |

Ciudad: Bogotá

Fecha: 14 02 25

Capacitador: Ginna M. Gonzales Entidad: Intervercop

Tema de la capacitación: Notificación del riesgo y exoneración a la ARL, intervercop, EPS, intervencion, Integración social por cualquier incidente, accidente que ocurra en la recogida del escombro

Hora inicio: Hora fin:

| No. | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Liseth Morales | palera | Liseth Morales |
| 2 | Jeison Gonzalez | Palero | Jeison Gonzalez |
| 3 | Jhon A torres | Palero | Jhon A torres |
| 4 | WALTER CASTILLO | PALERO | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

# Anexo 6

# Soportes inspecciones

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-37 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | PREOPERACIONAL TRABAJO EN CALIENTE - SOLDADURA | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA: | 20-01-25 |
| LUGAR: | Belo horizonte |

**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:**

Rotomartillo y Pulidora

| EQUIPO | ESTADO | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **ESTADO GENERAL DEL EQUIPO** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Cables en buen estado | ✓ | | | |
| Bornes de conexión en buen estado | ✓ | | | |
| Area de trabajo limpia | ✓ | | | |
| Extintores | | ✓ | | |
| Enchufe, interruptor, regulador y pinzas | ✓ | | | |
| **OPERADOR** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Capacitado | ✓ | | | |
| **DOTACION** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Jeans y camiseta / Overol | ✓ | | | |
| Estado general del barbuquejo | ✓ | | | |
| Esta en buen estado la araña | ✓ | | | |
| **EPP** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Máscara de soldar | | | ✓ | |
| Pechera, delantal de cuero, protección piernas, etc. | | | ✓ | |
| Lentes de Seguridad | ✓ | | | |
| Guantes | ✓ | | | |
| Protector respiratorio | ✓ | | | |
| Polainas | | | ✓ | |

| APROBACIONES | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | Gisma Gonzalez | Aux SST | |

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Versión 0 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 23/01/2015 | LUGAR: Bello Rosario |
| CONDUCTOR: William Saenz | CONTRATISTA: Independiente |
| TIPO DE VEHÍCULO: Volqueta | IDENTIFICACIÓN - PLACAS: LLJ090 |

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| PITO | X | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | X | | | |
| CINTURÓN DE SEGURIDAD | X | | | |
| ILUMINACIÓN CABINA | X | | | |
| PALANCA DE MANDO | X | | | |
| ASIENTOS | X | | | |
| ESPEJOS LATERALES RETROVISORES | X | | | |
| ESPEJO CENTRAL CONVEXO | X | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (10 lbs) | X | | | |
| BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS | X | | | |
| INDICADORES (aceite motor, refrigerante, velocímetro RPM, corriente y luces | X | | | |
| VIDRIO PANORÁMICO EN BUEN ESTADO | X | | | |
| ESCALERA Y APOYOS DE ACCESO | X | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | X | | | |
| PUERTAS | X | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | X | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (gas, motor y transmisión) | X | | | |
| FRENO DE SERVICIO | X | | | |
| BATERÍA Y CABLE | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | | |
| DIRECCIÓN Y TERMINALES | X | | | |
| MANDOS DE AVANCE | X | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | X | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | X | | | |
| COMPARTIMIENTO DEL MOTOR ASEADO | X | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | X | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | X | | | |
| DE SEÑALIZACIÓN TRASERA | X | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DE ESTOP | X | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN ABULTAMIENTO O CORTADAS | X | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | X | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCIÓN VIGENTE | X | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | X | | | |
| OPERATIVA | X | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Desinfección del vehículo | X | | | |
| El Operador del vehículo utiliza todos sus E.P.P. Limpios y Organizados. | X | | | |
| El Operador del vehículo esta Capacitado para la Actividad. | X | | | |
| El Operador del vehículo es apto físicamente y mentalmente para el trabajo | X | | | |

**OBSERVACIONES**

| INSPECCIONADO POR: | | |
|---|---|---|
| Nombres: | Cargos: | Firma: |
| Gino Harold Gonzalez F | Prof SST | |
| | | |
| | | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-37 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | PREOPERACIONAL TRABAJO EN CALIENTE - SOLDADURA | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA: | 24 Enero 25 |
| LUGAR: | Nueva Esperanza Olivares |

**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:**

Equipo de soldadura, compresor de aire

| EQUIPO | ESTADO | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **ESTADO GENERAL DEL EQUIPO** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Cables en buen estado | ✓ | | | |
| Bornes de conexión en buen estado | ✓ | | | |
| Area de trabajo limpia | ✓ | | | |
| Extintores | ✓ | | | |
| Enchufe, interruptor, regulador y pinzas | ✓ | | | |
| **OPERADOR** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Capacitado | ✓ | | | |
| **DOTACION** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Jeans y camiseta / Overol | ✓ | | | |
| Estado general del barbuquejo | ✓ | | | |
| Esta en buen estado la araña | ✓ | | | |
| **EPP** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Máscara de soldar | ✓ | | | |
| Pechera, delantal de cuero, protección piernas, etc. | | | ✓ | |
| Lentes de Seguridad | ✓ | | | |
| Guantes | ✓ | | | |
| Protector respiratorio | ✓ | | | |
| Polainas | | | ✓ | |

| APROBACIONES | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | Gina M. Gonzalez | Aux Prop. SST | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-14 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | CONTROL AL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | HOJA 1 DE 1 |

| Item | FECHA | NOMBRE DEL EMPLEADO | N° CEDULA | GUANTES | PROTECCTOR RESPIRATORIO | GAFAS DE SEGURIDAD | CALZADO DE SEGURIDAD | OBSERVACIONES / ACCION DE CONTROL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 250125 | Carlos Romero | 1049516203 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 2 | 25/01/25 | Alfonso muñoz | 7675915 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 3 | 25-0125 | Edgardo Araujo | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 4 | 250125 | Johan Chacez | 1064802815 | ✓ | ✓ | — | — | |
| 5 | 25-a-25 | Ardinson González | | ✓ | — | — | ✓ | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |

CONVENCIONES: SI No N.A.: No Aplica

| | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|
| ENCARGADO | Ginna González | |

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Versión 0 |
|---|---|---|

FECHA: 25/03/2025 — LUGAR: CASD, Sumare, Nueva Esperanza
CONDUCTOR: Efrain Cadena — CONTRATISTA: L y V Reciclaje
TIPO DE VEHICULO: Camión — IDENTIFICACIÓN - PLACAS: TDY 592

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| PITO | X | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | X | | | |
| CINTURÓN DE SEGURIDAD | X | | | |
| ILUMINACIÓN CABINA | X | | | |
| PALANCA DE MANDO | X | | | |
| ASIENTOS | X | | | |
| ESPEJOS LATERALES RETROVISORES | X | | | |
| CERCAS CENTRAL CONVEXO | X | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (12 lbs) | X | | | |
| BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS | X | | | |
| PISACADORES (cuerno, motor, refrigerante, pesos ciertos RPM, corriente y fases | X | | | |
| VIDRIO PANORAMICO EN BUEN ESTADO | X | | | |
| ESCALERA Y APOYOS DE ACCESO | X | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | X | | | |
| PUERTAS | X | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | X | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (caja, motor y transporte) | X | | | |
| FRENO DE SERVICIO | X | | | |
| BATERIA Y CABLE | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | | |
| DIRECCION Y TERMINALES | X | | | |
| MANDOS DE AVANCE | X | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | X | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | X | | | |
| COMPARTIMENTO DEL MOTOR ASEADO | X | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | X | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | X | | | |
| DE SEÑALIZACION TRASERA | X | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO-GIRO | X | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DE ESTOP | X | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN ABULTAMIENTO O CORTADAS | X | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | X | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | X | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | X | | | |
| OPERATIVA | X | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Desinfección del vehículo | X | | | |
| El Operador del vehículo utiliza todos sus E.P.P. (Básicos y Complementarios) | X | | | |
| El Operador del vehículo posee Capacitación (Inicial y Actividad) | X | | | |
| El Operador del vehículo no ingirió Medicamentos y Alcohol antes de iniciar el trabajo | X | | | |

**OBSERVACIONES**

**INSPECCIONADO POR:**

| Nombres: | Cargos: | Firma: |
|---|---|---|
| Marcela Gonzalez | Prof SST | |

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Versión 0 |
|---|---|---|

FECHA: 25/01/2023
CONDUCTOR: Diego Leal
TIPO DE VEHICULO: Camión Jac
LUGAR: ONS S. NEGROMAZ, Simacol
CONTRATISTA: L&J Recicladas
IDENTIFICACIÓN - PLACAS: THL518

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | NA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| NIDO | X | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | X | | | |
| CINTURON DE SEGURIDAD | X | | | |
| ILUMINACION CABINA | X | | | |
| PALANCA DE MANDO | X | | | |
| ASIENTOS | X | | | |
| ESPEJOS LATERALES RETROVISORES | X | | | |
| ESPEJO CENTRAL CONVEXO | X | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (12 lbs) | X | | | |
| BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS | X | | | |
| RADIO CORREO (voces, datos, video, telefonia, video radio, RITW, internet y datos) | X | | | |
| RADIO PANORAMICO En BUEN ESTADO | X | | | |
| PICALERA Y APOYOS DE ACCERO | X | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | X | | | |
| PUERTAS | X | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | X | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (caja, motor y trasmision) | X | | | |
| FRENO DE SERVICIO | X | | | |
| BATERIA Y CABLE | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | | |
| DIRECCION Y TERMINALES | X | | | |
| RESORTES DE AVANCE | X | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | X | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | X | | | |
| COMPARTIMENTO DEL MOTOR ASEADO | X | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | X | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | X | | | |
| DE SEÑALIZACION TRASERA | X | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO-GIRO | X | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DE ESTOP | X | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN ABULTAMIENTO O CORTADAS | X | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | X | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | X | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | X | | | |
| OPERATIVA | X | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Identificación del vehículo | X | | | |
| El Operador del vehículo utiliza todos sus E.P.P. completos y Organizados | X | | | |
| El Operador del vehículo está Capacitado para la Actividad | X | | | |
| El Operador del vehículo no ingresa herramientas y manufacturas para el trabajo | X | | | |

**OBSERVACIONES**

**INSPECCIONADO POR:**

| Nombres: | Cargos: | Firma: |
|---|---|---|
| Marcela Gonzalez | Profesional | |
| | | |
| | | |

| INTERVECOOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Versión 0 |
|---|---|---|

FECHA: 27/01/2025 — LUGAR: Bello Horizonte

CONDUCTOR: William Egert Hurtado — CONTRATISTA: Independiente

TIPO DE VEHICULO: Volqueta — IDENTIFICACIÓN - PLACAS: WJ090

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| PITO | | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | X | | | |
| CINTURÓN DE SEGURIDAD | X | | | |
| ILUMINACIÓN CABINA | X | | | |
| PALANCA DE MANDO | X | | | |
| ASIENTOS | X | | | |
| ESPEJOS LATERAL, FRONTAL RETROVISORES | X | | | |
| CONSOLA CENTRAL CONVEXO | X | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (12 lbs) | X | | | |
| BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS | X | | | |
| INDICADORES (velocímetro, motor, refrigerante, voltímetro, RPM, combustible y luces | X | | | |
| VIDRIO PANORAMICO EN BUEN ESTADO | X | | | |
| CHAPA PUERTA Y APOYOS DE ACCESO | X | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | X | | | |
| PUERTAS | X | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | X | | | |
| **REVISION MECÁNICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (caja, motor y trasmisión) | X | | | |
| FRENO DE SERVICIO | X | | | |
| BATERIA Y CABLES | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | | |
| DIRECCIÓN Y TERMINALES | X | | | |
| MANDOS DE AVANCE | X | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | X | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | X | | | |
| COMPARTIMIENTO DEL MOTOR ASEADO | X | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | X | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | X | | | |
| DE SEÑALIZACION TRASERA | X | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DE ESTOP | X | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN ABULTAMIENTO O CORTADAS | X | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | X | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | X | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | X | | | |
| OPERATIVA | X | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Desinfección del vehículo | X | | | |
| El Operador del vehículo utiliza todos sus E.P.P. limpios y Organizados | X | | | |
| El Operador del vehículo está Capacitado para la Actividad | X | | | |
| El Operador del vehículo en optimo estado y reglamentario para el trabajo | X | | | |

OBSERVACIONES

INSPECCIONADO POR:

| Nombres: | Cargos: | Firmas: |
|---|---|---|
| Marcelus Gonzalez | PASANTE SST | |

INTERVECOP

| | | |
|---|---|---|
| | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
| | INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

NOMBRE Jose Gomez

CARGO Instalador

FECHA: 28-01-205

PROYECTO: CDS Julio Cesar Sanchez

DESCRIPCION DEL TRABAJO Cambio de abertura en policarbonato

| DESCRIPCION | ESTADO | | | | CONDICION SUBESTANDAR IDENTIFICADA | CALIFICACION | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | R | M | N/A | | A | B | C | |
| **ARNES** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes metálicas, argollas, seguros sin óxido, cortes u otros aspectos? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes plásticas presentan roturas, cortadas u otras muestras de desgaste?. | ✓ | | | | | | | | |
| Indicadores de impacto | ✓ | | | | | | | | |
| Porta ganchos | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA DE DETENCION** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Absorbedor de energia sin impactar? | ✓ | | | | | | | | |
| ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA POSICIONAMIENTO** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |

INTERVECOP

| INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|
| INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | FECHA: ENE 25 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONECTOR (Mosqueton)** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo y/o deformados | ✓ | | | | | | | | | |
| Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches). | ✓ | | | | | | | | | |
| Abertua de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones) | ✓ | | | | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión | ✓ | | | | | | | | | |
| **LINEA DE VIDA** | | | | | | | | | | |
| Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas | ✓ | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo/desgarro/ nudos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Estiramiento o elongación excesivos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo. | ✓ | | | | | | | | | |
| Extremo se encuentra libre deshilachado. | ✓ | | | | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | | |
| **ARRESTADOR O FRENO** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo en leva dentada | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos | | | | ✓ | | | | | | |

**OBSERVACIONES:**

**CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA**

Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes

| CLASE | ESCALA DE VALORES PARA CALIFICACION DE CONDICIONES SUBESTANDAR | GRADO DE ACCION |
|---|---|---|
| A | Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo, o daños de considerable valor. | *Inmediata* |
| B | Podría ocasionar una lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal, o daño a la propiedad menor al de la clase A. | *Pronta* |
| C | Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores | *Posterior* |

**FIRMA DEL USUARIO:** _____ **REVISÓ** _____

INTERVECOP

| INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|
| INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | FECHA: ENE 25 |

NOMBRE Jorge Luis Suarez Beltrán FECHA: 28-01-25

CARGO Instalador PROYECTO: Julio Cesar Sánchez

DESCRIPCION DEL TRABAJO Cambio de teja policarbonato y pintada de pergolas

| DESCRIPCION | ESTADO | | | | CONDICION SUBESTANDAR IDENTIFICADA | CALIFICACION | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | R | M | N/A | | A | B | C | |
| **ARNES** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes metálicas, argollas, seguros sin óxido, cortes u otros aspectos? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes plásticas presentan roturas, cortadas u otras muestras de desgaste?. | ✓ | | | | | | | | |
| Indicadores de impacto | ✓ | | | | | | | | |
| Porta ganchos | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA DE DETENCION** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | | | | | | | | | |
| Absorbedor de energia sin impactar? | ✓ | | | | | | | | |
| ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA POSICIONAMIENTO** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|---|
| | INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONECTOR (Mosqueton)** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo y/o deformados | ✓ | | | | | | | | | |
| Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches). | ✓ | | | | | | | | | |
| Abertua de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones) | ✓ | | | | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión | ✓ | | | | | | | | | |
| **LINEA DE VIDA** | | | | | | | | | | |
| Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas | ✓ | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo/desgarro/ nudos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Estiramiento o elongación excesivos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo. | ✓ | | | | | | | | | |
| Extremo se encuentra libre deshilachado. | ✓ | | | | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | | |
| **ARRESTADOR O FRENO** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo en leva dentada | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | | | | ✓ | | | | | | |

**OBSERVACIONES:**

**CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA**

Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes.

| CLASE | ESCALA DE VALORES PARA CALIFICACION DE CONDICIONES SUBESTANDAR | GRADO DE ACCION |
|---|---|---|
| A | Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo, o daños de considerable valor. | *Inmediata* |
| B | Podría ocasionar una lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal, o daño a la propiedad menor al de la clase A. | *Pronta* |
| C | Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores | *Posterior* |

**FIRMA DEL USUARIO:** _____ **REVISÓ** _____

INTERVECOP

**INTERVECOP S.A.S.**

**INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS**

CÓDIGO: GS-FO-40
VERSIÓN: 1
FECHA: ENE 25

**NOMBRE** Juan J. Caballero **FECHA:** 2025-01-15

**CARGO** Soldador **PROYECTO:** Nueva Esperanza

**DESCRIPCION DEL TRABAJO** Adecuación estructura metalica para cubierta.

| DESCRIPCION | ESTADO | | | | CONDICION SUBESTANDAR IDENTIFICADA | CALIFICACION | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | R | M | N/A | | A | B | C | |
| **ARNES** | x | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | x | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | x | | | | | | | | |
| Partes metálicas, argollas, seguros sin óxido, cortes u otros aspectos? | x | | | | | | | | |
| Partes plásticas presentan roturas, cortadas u otras muestras de desgaste? | x | | | | | | | | |
| Indicadores de impacto | x | | | | | | | | |
| Porta ganchos | x | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | x | | | | | | | | |
| **ESLINGA DE DETENCION** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | x | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | x | | | | | | | | |
| Absorbedor de energia sin impactar? | x | | | | | | | | |
| ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | x | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | x | | | | | | | | |
| **ESLINGA POSICIONAMIENTO** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | | | | x | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | | | | x | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | | | | x | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | | | | x | | | | | |

INTERVECOP

| INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|
| INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | FECHA: ENE 25 |

| | |
|---|---|
| **CONECTOR (Mosqueton)** | C |
| Desgaste excesivo y/o deformados | NO |
| Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches). | NO |
| Abertua de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones) | NO |
| Deterioro general, corrosión | SÍ |
| **LINEA DE VIDA** | , |
| Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas | NA |
| Desgaste excesivo/desgarro/ nudos. | NO |
| Estiramiento o elongación excesivos. | C |
| Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo. | C |
| Extremo se encuentra libre deshilachado. | C |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | C |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | C |
| **ARRESTADOR O FRENO** | |
| Desgaste excesivo en leva dentada | NA |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | NA |

OBSERVACIONES:

CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA

Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes

| CLASE | ESCALA DE VALORES PARA CALIFICACION DE CONDICIONES SUBESTANDAR | GRADO DE ACCION |
|---|---|---|
| A | Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo, o daños de considerable valor. | Inmediata |
| B | Podría ocasionar una lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal, o daño a la propiedad menor al de la clase A | Pronta |
| C | Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores | Posterior |

FIRMA DEL USUARIO: Samir Casallero

REVISO Samir C.

| | ASPECTO EVALUADO (USO) | ESTADO | | | HALLAZGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | C | NC | N/A | |
| 1 | El andamio es metálico y tubular | | | | |
| 2 | Los componentes están libres de oxidaciones graves que puedan mermar su resistencia | ✓ | | | |
| 3 | Las bases se encuentran niveladas, duras y rígidas | ✓ | | | |
| 4 | El andamio es armado por una persona competente con certificación vigente | ✓ | | | |
| 5 | La estructura es adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados) | ✓ | | | |
| 6 | El andamio está sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más) | ✓ | | | |
| 7 | Los componentes son compatibles y se encuentran certificados | ✓ | | | |
| 8 | Las plataformas son resistentes, antideslizantes y están en buen estado (No lisas, ni rotas) | ✓ | | | |
| 9 | Las plataformas están aseguradas y sin separaciones (no se deslizan) | ✓ | | | |
| 10 | El andamio es armado lejos de líneas eléctricas | ✓ | | | |
| 11 | Cuenta con baranda superior | ✓ | | | |
| 12 | Cuenta con baranda intermedia | ✓ | | | |
| 13 | Cuenta con rodapiés | ✓ | | | |
| 14 | La zona donde se realiza el armado se encuentra señalizada | ✓ | | | |
| 15 | El andamio se encuentra calzado, nivelado y anclado correctamente en el suelo | ✓ | | | |
| 16 | La plataforma se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo sin arrumes, ni acumulación de materiales y desperdicios | ✓ | | | |

OBSERVACIONES

RESPOSNABLE DE LA ACTIVIDA: Sadie Caballero FIRMA: Sadie C. CARGO: Soldador

VO. BO COORDINADOR TSA Gina González F FIRMA [signature] CARGO: Coord. de Alturas

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-42 |
|---|---|---|
| | VERIFICACIÓN DE ANDAMIOS | VERSIÓN: 01 |
| | | FECHA: ENE 25 |

FECHA: 28-01-25

PROYECTO: Nueva Esperanza Olivares

NOMBRE QUIEN VERIFICA: Jamir Caballero

| | ASPECTO EVALUADO (USO) | ESTADO | | | HALLAZGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | C | NC | N/A | |
| 1 | El andamio es metálico y tubular | ✓ | | | |
| 2 | Los componentes están libres de oxidaciones graves que puedan mermar su resistencia | ✓ | | | |
| 3 | Las bases se encuentran niveladas, duras y rígidas | ✓ | | | |
| 4 | El andamio es armado por una persona competente con certificación vigente | ✓ | | | |
| 5 | La estructura es adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados) | ✓ | | | |
| 6 | El andamio está sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más) | | | ✓ | |
| 7 | Los componentes son compatibles y se encuentran certificados | ✓ | | | |
| 8 | Las plataformas son resistentes, antideslizantes y están en buen estado (No lisas, ni rotas) | ✓ | | | |
| 9 | Las plataformas están aseguradas y sin separaciones (no se deslizan) | ✓ | | | |
| 10 | El andamio es armado lejos de líneas eléctricas | ✓ | | | |
| 11 | Cuenta con baranda superior | ✓ | | | |
| 12 | Cuenta con baranda intermedia | ✓ | | | |
| 13 | Cuenta con rodapiés | ✓ | | | |
| 14 | La zona donde se realiza el armado se encuentra señalizada | ✓ | | | |
| 15 | El andamio se encuentra calzado, nivelado y anclado correctamente en el suelo | ✓ | | | |
| 16 | La plataforma se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo sin arrumes, ni acumulación de materiales y desperdicios | ✓ | | | |

OBSERVACIONES

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDA: Samir Caballero FIRMA: Samir Caballero CARGO: Soldador

VO. BO COORDINADOR TSA Carina M. Gonzalez FIRMA: [signature] CARGO: coord. SST

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S.<br>INSPECCIÓN PREOPERACIONAL HERRAMIENTA MENOR ELÉCTRICA | CÓDIGO: GS-FO-43<br>VERSIÓN 1<br>FECHA: ENE 25 |
|---|---|---|

Obra: Bello Horizonte Marca: Makita Modelo: _____ Serial: _____ Ref: _____

Herramienta Menor Electrica: ☐ Taladro ☑ Polidora ☐ Motortool ☑ Otra: Rotomartillo

| Nombre operadores | 1. Edgardo Arango | 2. Alfredo Muñoz | 3. |
|---|---|---|---|
| Cédula operadores | | | |

*Marcar: B bueno; M mal estado; NA No Aplica

| | | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | FECHA | 27 | 01 | 25 | 28 | 01 | 25 | 29 | 01 | 25 | 30 | 01 | 25 | 31 | 01 | 25 | 01 | 02 | 25 | 02 | 02 | 25 |
| | ITEMS A REVISAR | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 | Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 2 | Estado del interruptor de encendido y su seguro | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 3 | Estado del accesorio porta brocas/disco (mandril) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 4 | Estado del mango | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 5 | Estado del cuerpo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 6 | Estado general de la guia y de la guarda | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 7 | Estado general del equipo (fisuras, roturas, etc) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 8 | Estado del motor | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 9 | Se verificó voltaje, corriente y continuidad adecuada para el equipo(pinza voltiamperimétrica) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 10 | El equipo es el adecuado para el trabajo a realizar. | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 11 | Estado de instalación del disco o broca (Insertación) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 12 | Se utilizan accesorios apropiados para las RPM (8500-15000) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 13 | Se han instalado barreras o aislamientos apropiados | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 14 | Condiciones de orden y aseo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 15 | Utilización adecuada de los EPP (Gafas, tapaoidos, protección respitatoria, botas con punta de acero). | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| 16 | Otros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Iniciales responsable | | AC | | | AC | | | AC | | | AC | | | AC | | | AC | | | AC | | |
| Firma responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nº | FECHA | OBSERVACIONES | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**NOTA1:** La inspección preoperacional debe ser realizada UNICAMENTE por el OPERADOR del equipo en compañia del encargado Y/O Responsable de SST

**NOTA2:** Favor reportar cualquier elemento faltante, anomalia o modificación al equipo al encargado de la obra

Firma responsable SST

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-43 |
|---|---|---|
| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL HERRAMIENTA MENOR ELÉCTRICA | VERSIÓN 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

Obra: N. Esperanza Marca: UBERMANN Modelo: KT16 2002 Serial: ENN60974-1 Ref: _____

Herramienta Menor Electrica: ☒ Taladro ☒ Pulidora ☐ Motortool ☐ Otrac: _____

| Nombre operadores | 1. Samir Caballero | 2. | 3. |
|---|---|---|---|
| Cédula operadores | 1067963229 | | |

*Marcar: B bueno; M mal estado; NA No Aplica

| Nº | FECHA | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 27 | 01 | 25 | 28 | 01 | 26 | 29 | 01 | 25 | 30 | 01 | 25 | 31 | 01 | 25 | 01 | 02 | 25 | DD | MM | AA |
| | ITEMS A REVISAR | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 | Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | ✓ |
| 2 | Estado del interruptor de encendido y su seguro | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | ✓ |
| 3 | Estado del accesorio porta brocas/disco (mandril) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | |
| 4 | Estado del mango | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 5 | Estado del cuerpo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 6 | Estado general de la guia y de la guarda | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 7 | Estado general del equipo (fisuras, roturas, etc) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | ✓ |
| 8 | Estado del motor | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | ✓ |
| 9 | Se verificó voltaje, corriente y continuidad adecuada para el equipo(pinza voltiamperimétrica) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | |
| 10 | El equipo es el adecuado para el trabajo a realizar | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | |
| 11 | Estado de instalación del disco o broca (insertación) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 12 | Se utilizan accesorios apropiados para las RPM (8500-15000) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 13 | Se han instalado barreras o aislamientos apropiados | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | ✓ |
| 14 | Condiciones de orden y aseo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | ✓ |
| 15 | Utilización adecuada de los EPP (Gafas, tapaoidos, protección respitatoria, botas con punta de acero). | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | |
| 16 | Otros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Iniciales responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma responsable | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | | | |

| Nº | FECHA | OBSERVACIONES | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**NOTA1**: La inspección preoperacional debe ser realizada UNICAMENTE por el OPERADOR del equipo en compañia del encargado Y/O Responsable de SST

**NOTA2**: Favor reportar cualquier elemento faltante, anomalia o modificación al equipo al encargado de la obra

Firma responsable SST

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Version 0 |
|---|---|---|

FECHA: 30/01/2025 — LUGAR: Bello Horizonte

CONDUCTOR: William Saenz Hurtado — CONTRATISTA: Independiente

TIPO DE VEHICULO: Volqueta — IDENTIFICACIÓN - PLACAS: LLJ090

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| PITO | X | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | X | | | |
| CINTURÓN DE SEGURIDAD | X | | | |
| ILUMINACIÓN CABINA | X | | | |
| PALANCA DE MANDO | X | | | |
| ASIENTOS | X | | | |
| ESPEJOS LATERALES RETROVISORES | X | | | |
| ESPEJO CENTRAL CONVEXO | X | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (12 lbs) | X | | | |
| BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS | X | | | |
| INDICADORES (nivel de aceite motor, refrigerante, voltímetro RPM, corriente y luces | X | | | |
| VIDRIO PANORAMICO EN BUEN ESTADO | X | | | |
| BARALERA Y APOYOS DE ACCESO | X | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | X | | | |
| PUERTAS | X | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | X | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (caja, motor y trasmisión) | X | | | |
| FRENO DE SERVICIO | X | | | |
| BATERIA Y CABLE | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | | |
| DIRECCION Y TERMINALES | X | | | |
| MANDOS DE AVANCE | X | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | X | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | X | | | |
| COMPARTIMIENTO DEL MOTOR ASEADO | X | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | X | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | X | | | |
| DE SEÑALIZACION TRASERA | X | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DE ESTOP | X | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN ABULTAMIENTO O CORTADAS | X | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | X | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | X | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | X | | | |
| OPERATIVA | X | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Identificación del vehículo | X | | | |
| El Operador del vehículo utiliza todos sus E.P.P. limpios y Organizados | X | | | |
| El Operador del vehículo esta Capacitado para la Actividad | X | | | |
| El Operador del vehículo es apto físicamente y mentalmente para el trabajo | X | | | |

OBSERVACIONES

INSPECCIONADO POR:

| Nombres: | Cargos: | Firma: |
|---|---|---|
| Marcela Gonzalez | Prof SST | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-09 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | INSPECCION DE SEGURIDAD GENERAL | HOJA 1 DE 1 |

ÁREA: FECHA: 31-01-2025

OBJETO:
Verificar espacios de trabajo en el ancianato de bello Horizonte

| | DESCRIPCIÓN | SI | NO |
|---|---|---|---|
| ESTADO DE PISOS | Limpios | | ✓ |
| | En buen estado | ✓ | |
| | Deslizantes | | ✓ |
| | Cambios de nivel | ✓ | |
| | Mojados | | ✓ |
| | **DESCRIPCIÓN** | **SI** | **NO** |
| ESTADO DE TECHOS | Limpios | ✓ | |
| | En buen estado | ✓ | |
| | **DESCRIPCIÓN** | **SI** | **NO** |
| ESTADO DE PAREDES | Limpias | ✓ | |
| | Humedad | | ✓ |
| | Grietas | | ✓ |
| | **DESCRIPCIÓN** | **SI** | **NO** |
| ESTADO DE VENTANAS | Limpias | ✓ | |
| | En buen estado | ✓ | |
| | **DESCRIPCIÓN** | **SI** | **NO** |
| ESTADO DE MESAS Y ESCRITORIOS | En buen estado | ✓ | |
| | Equilibradas | ✓ | |
| | Sin extremos punzantes | ✓ | |
| | **DESCRIPCIÓN** | **SI** | **NO** |
| ESTADO DE CAJAS Y CABLES ELECTRICOS | Cables pelados | | ✓ |
| | Cables bien ubicados | ✓ | |
| | Cajas en buen estado | ✓ | |

OBSERVACIONES:

| | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| ELABORADO POR | Ginna M. Gonzalez | Prof 351 | |

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Versión 0 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 03/02/2025 | LUGAR: Bello Horizonte |
| CONDUCTOR: William Sante | CONTRATISTA: Independiente |
| TIPO DE VEHICULO: Volqueta | IDENTIFICACIÓN - PLACAS: LLJ090 |

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | NA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| PITO | | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | X | | | |
| CINTURÓN DE SEGURIDAD | X | | | |
| ILUMINACIÓN CABINA | X | | | |
| PALANCA DE MANDO | X | | | |
| ASIENTOS | X | | | |
| ESPEJOS LATERALES RETROVISORES | X | | | |
| ESPEJO CENTRAL CONVEXO | X | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (10 lbs) | X | | | |
| BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS | X | | | |
| INDICADORES (estado motor refrigerante velocimetro RPM, combustible y luces) | X | | | |
| VIDRIO PANORAMICO EN BUEN ESTADO | X | | | |
| ESCALERA Y APOYOS DE ACCESO | X | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | X | | | |
| PUERTAS | X | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | X | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (caja, motor y transmisión) | X | | | |
| FRENO DE SERVICIO | X | | | |
| BATERÍA Y CABLE | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | | |
| DIRECCIÓN Y TERMINALES | X | | | |
| MANDOS DE AVANCE | X | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | X | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | X | | | |
| COMPARTIMENTO DEL MOTOR ASEADO | X | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | X | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | X | | | |
| DE SEÑALIZACION TRASERA | X | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO -GIRO | X | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DE ESTOP | X | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN ABULTAMIENTO O CORTADAS | X | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | X | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | X | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | X | | | |
| OPERATIVA | X | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Desinfección del vehiculo | X | | | |
| El Operador del Vehiculo debe tener todos sus E.P.P. Limpios y Organizados. | X | | | |
| El Operador del vehiculo esta Capacitado para la Actividad | X | | | |
| El Operador del vehiculo es apto fisicamente y mentalmente para el trabajo | X | | | |

OBSERVACIONES

INSPECCIONADO POR:

| Nombres: | Cargo: | Firma: |
|---|---|---|
| Gina Maria Gonzalez | Prof SST | |
| | | |
| | | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-42 |
|---|---|---|
| | VERIFICACIÓN DE ANDAMIOS | VERSIÓN: 01 |
| | | FECHA: ENE 25 |

FECHA: 03-02-25

PROYECTO: Nueva Especianza Olivares

NOMBRE QUIEN VERIFICA: Samir Caballero

| | ASPECTO EVALUADO (USO) | ESTADO | | | HALLAZGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | C | NC | N/A | |
| 1 | El andamio es metálico y tubular | ✓ | | | |
| 2 | Los componentes están libres de oxidaciones graves que puedan mermar su resistencia | ✓ | | | |
| 3 | Las bases se encuentran niveladas, duras y rígidas | ✓ | | | |
| 4 | El andamio es armado por una persona competente con certificación vigente | ✓ | | | |
| 5 | La estructura es adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados) | ✓ | | | |
| 6 | El andamio está sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más) | ✓ | | | |
| 7 | Los componentes son compatibles y se encuentran certificados | ✓ | | | |
| 8 | Las plataformas son resistentes, antideslizantes y están en buen estado (No lisas, ni rotas) | ✓ | | | |
| 9 | Las plataformas están aseguradas y sin separaciones (no se deslizan) | ✓ | | | |
| 10 | El andamio es armado lejos de lineas eléctricas | ✓ | | | |
| 11 | Cuenta con baranda superior | ✓ | | | |
| 12 | Cuenta con baranda intermedia | ✓ | | | |
| 13 | Cuenta con rodapiés | | ✓ | | |
| 14 | La zona donde se realiza el armado se encuentra señalizada | | ✓ | | |
| 15 | El andamio se encuentra calzado, nivelado y anclado correctamente en el suelo | | ✓ | | |
| 16 | La plataforma se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo sin arrumes, ni acumulación de materiales y desperdicios | ✓ | | | |

OBSERVACIONES

RESPOSNABLE DE LA ACTIVIDA: Samir Caballero FIRMA: Samir C. CARGO: Soldador.

VO, BO COORDINADOR TSA Gina Marcela González FIRMA: [signature] CARGO: Aux SST

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S.<br>INSPECCIÓN PREOPERACIONAL HERRAMIENTA MENOR ELÉCTRICA | CÓDIGO: GS-FO-43<br>VERSIÓN 1<br>FECHA: ENE 25 |
|---|---|---|

Obra: Bello horizonte Marca: _____ Modelo: Makita Serial: _____ Ref: _____

Herramienta Menor Electrica: ☐ Taladro ☒ Pulidora ☐ Motortool ☐ Otra: _____

| Nombre operadores | 1. Alfonso Munoz | 2. | 3. |
|---|---|---|---|
| Cédula operadores | | | |

*Marcar: B bueno; M mal estado; NA No Aplica

| Nº | FECHA | LUNES 03 | | | MARTES 04 | | | MIERCOLES 05 | | | JUEVES 06 | | | VIERNES 07 | | | SABADO 08 | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ITEMS A REVISAR | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 | Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 2 | Estado del interruptor de encendido y su seguro | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 3 | Estado del accesorio porta brocas/disco (mandril) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 4 | Estado del mango | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 5 | Estado del cuerpo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 6 | Estado general de la guia y de la guarda | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 7 | Estado general del equipo (fisuras, roturas, etc) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 8 | Estado del motor | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 9 | Se verificó voltaje, corriente y continuidad adecuada para el equipo(pinza voltiamperimétrica) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 10 | El equipo es el adecuado para el trabajo a realizar. | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 11 | Estado de instalación del disco o broca (Insertación) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 12 | Se utilizan accesorios apropiados para las RPM (8500-15000) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 13 | Se han instalado barreras o aislamientos apropiados | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 14 | Condiciones de orden y aseo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 15 | Utilización adecuada de los EPP (Gafas, tapaoidos, protección respiratoria, botas con punta de acero). | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 16 | Otros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Iniciales responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma responsable | | AM | | | AC | | | AC | | | AC | | | AC | | | AC | | | AC | | |

| Nº | FECHA | OBSERVACIONES | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**NOTA1:** La inspección preoperacional debe ser realizada UNICAMENTE por el OPERADOR del equipo en compañía del encargado Y/O Responsable de SST

**NOTA2:** Favor reportar cualquier elemento faltante, anormalia o modificación al equipo al encargado de la obra

Firma responsable SST

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S.<br>INSPECCIÓN PREOPERACIONAL HERRAMIENTA MENOR ELÉCTRICA | CÓDIGO: GS-FO-43<br>VERSIÓN 1<br>FECHA: ENE 25 |
|---|---|---|

Obra: Nespera2 Marca: OBERMANN Modelo: KHG 2002 Serial: EW60974-1 Ref: _____

Herramienta Menor Electrica: ☒ Taladro ☒ Pulidora ☐ Motortool ☐ Otra: _____

| Nombre operadores | 1. Samir Caballero | 2. | 3. |
|---|---|---|---|
| Cédula operadores | 1067863224 | | |

*Marcar: B bueno, M mal estado, NA No Aplica

| | | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | FECHA | 03 | 02 | 25 | 04 | 02 | 25 | 05 | 02 | 25 | 06 | 02 | 25 | 07 | 02 | 25 | 08 | 02 | 25 | 09 | 02 | 25 |
| | ITEMS A REVISAR | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 | Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | / |
| 2 | Estado del interruptor de encendido y su seguro | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | / |
| 3 | Estado del accesorio porta brocas/disco (mandril) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | / |
| 4 | Estado del mango | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 5 | Estado del cuerpo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 6 | Estado general de la guia y de la guarda | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 7 | Estado general del equipo (fisuras, roturas, etc) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 8 | Estado del motor | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | / |
| 9 | Se verificó voltaje, corriente y continuidad adecuada para el equipo(pinza voltiamperimétrica) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | / |
| 10 | El equipo es el adecuado para el trabajo a realizar | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | / |
| 11 | Estado de instalación del disco o broca (insertación) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 12 | Se utilizan accesorios apropiados para las RPM (8500-15000) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | / |
| 13 | Se han instalado barreras o aislamientos apropiados | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | / |
| 14 | Condiciones de orden y aseo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | / |
| 15 | Utilización adecuada de los EPP (Gafas, tapaoidos, protección respitatoria, botas con punta de acero). | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 16 | Otros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Iniciales responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma responsable | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | SAMIR C | | | SAMIR C | | |

| N° | FECHA | OBSERVACIONES | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**NOTA1:** La inspección preoperacional debe ser realizada UNICAMENTE por el OPERADOR del equipo en compañía del encargado Y/O Responsable de SST

**NOTA2:** Favor reportar cualquier elemento faltante, anomalia o modificación al equipo al encargado de la obra

Firma responsable SST

INTERVECOP

| | | |
|---|---|---|
| | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
| | INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

NOMBRE Jose FECHA: 03-02-25

CARGO Soldador PROYECTO: Nueva Esperanza Alvarez

DESCRIPCION DEL TRABAJO Instalación de perfileria y soldadura de perfiles

| DESCRIPCION | ESTADO | | | | CONDICION SUBESTANDAR IDENTIFICADA | CALIFICACION | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | R | M | N/A | | A | B | C | |
| **ARNES** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes metálicas, argollas, seguros sin óxido, cortes u otros aspectos? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes plásticas presentan roturas, cortadas u otras muestras de desgaste?. | ✓ | | | | | | | | |
| Indicadores de impacto | ✓ | | | | | | | | |
| Porta ganchos | | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA DE DETENCION** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | | | | | | | | | |
| Absorbedor de energía sin impactar? | | | | | | | | | |
| ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | | | | | | | | | |
| **ESLINGA POSICIONAMIENTO** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | | | | | | | | | |

INTERVECOP

| INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|
| INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | FECHA: ENE 25 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONECTOR (Mosqueton)** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo y/o deformados | | | | ✓ | | | | | | |
| Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches). | | | | ✓ | | | | | | |
| Abertua de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones) | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión | | | | ✓ | | | | | | |
| **LINEA DE VIDA** | | | | | | | | | | |
| Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo/desgarro/ nudos. | | | | | | | | | | |
| Estiramiento o elongación excesivos. | | | | | | | | | | |
| Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo. | | | | | | | | | | |
| Extremo se encuentra libre deshilachado. | | | | | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | | | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | | | | | | | | | | |
| **ARRESTADOR O FRENO** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo en leva dentada | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | | | | ✓ | | | | | | |

OBSERVACIONES:

**CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA**

Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes.

| CLASE | ESCALA DE VALORES PARA CALIFICACION DE CONDICIONES SUBESTANDAR | GRADO DE ACCION |
|---|---|---|
| A | Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo, o daños de considerable valor. | *Inmediata* |
| B | Podría ocasionar una lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal, o daño a la propiedad menor al de la clase A. | *Pronta* |
| C | Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores | *Posterior* |

FIRMA DEL USUARIO: _____ REVISO _____

INTERVECOP

| | | |
|---|---|---|
| | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
| | INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

NOMBRE Johan Chaucz FECHA: 04-02-2025

CARGO Oficial PROYECTO: COS SAN BLAS

DESCRIPCION DEL TRABAJO Retiro de teja de barro en la cobierta

| DESCRIPCION | ESTADO | | | | CONDICION SUBESTANDAR IDENTIFICADA | CALIFICACION | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | R | M | N/A | | A | B | C | |
| **ARNES** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes metálicas, argollas, seguros sin óxido, cortes u otros aspectos? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes plásticas presentan roturas, cortadas u otras muestras de desgaste?. | ✓ | | | | | | | | |
| Indicadores de impacto | ✓ | | | | | | | | |
| Porta ganchos | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA DE DETENCION** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | | | | | | | | | |
| Absorbedor de energía sin impactar? | ✓ | | | | | | | | |
| ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA POSICIONAMIENTO** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | | | | ✓ | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | | | | ✓ | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | | | | ✓ | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | | | | ✓ | | | | | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|---|
| | INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONECTOR (Mosqueton)** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo y/o deformados | | | | ✓ | | | | | | |
| Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches). | | | | ✓ | | | | | | |
| Abertua de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones) | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión | | | | ✓ | | | | | | |
| **LINEA DE VIDA** | | | | | | | | | | |
| Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas | ✓ | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo/desgarro/ nudos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Estiramiento o elongación excesivos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo. | ✓ | | | | | | | | | |
| Extremo se encuentra libre deshilachado. | ✓ | | | | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | | |
| **ARRESTADOR O FRENO** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo en leva dentada | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | | | | ✓ | | | | | | |

OBSERVACIONES:

**CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA**

Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes.

| CLASE | ESCALA DE VALORES PARA CALIFICACION DE CONDICIONES SUBESTANDAR | GRADO DE ACCION |
|---|---|---|
| *A* | Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo, o daños de considerable valor. | *Inmediata* |
| *B* | Podría ocasionar una lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal, o daño a la propiedad menor al de la clase A. | *Pronta* |
| *C* | Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores. | *Posterior* |

FIRMA DEL USUARIO: _____ REVISO _____

INTERVECOP

| INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|
| INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | FECHA: ENE 25 |

NOMBRE Alfonso Muñoz FECHA: 04-02-25

CARGO Oficial PROYECTO: CDS - SAN BLAS

DESCRIPCION DEL TRABAJO Retiro de cubierta en teja de barro

| DESCRIPCION | ESTADO | | | | CONDICION SUBESTANDAR IDENTIFICADA | CALIFICACION | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | R | M | N/A | | A | B | C | |
| **ARNES** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes metálicas, argollas, seguros sin óxido, cortes u otros aspectos? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes plásticas presentan roturas, cortadas u otras muestras de desgaste?. | ✓ | | | | | | | | |
| Indicadores de impacto | ✓ | | | | | | | | |
| Porta ganchos | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA DE DETENCION** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Absorbedor de energia sin impactar? | ✓ | | | | | | | | |
| ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA POSICIONAMIENTO** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | | | | ✓ | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | | | | ✓ | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | | | | ✓ | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | | | | ✓ | | | | | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|---|
| | INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONECTOR (Mosqueton)** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo y/o deformados | | | | ✓ | | | | | | |
| Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches). | | | | ✓ | | | | | | |
| Abertua de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones) | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión | | | | ✓ | | | | | | |
| **LINEA DE VIDA** | | | | | | | | | | |
| Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas | ✓ | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo/desgarro/ nudos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Estiramiento o elongación excesivos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo. | ✓ | | | | | | | | | |
| Extremo se encuentra libre deshilachado. | ✓ | | | | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos quimicos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | | |
| **ARRESTADOR O FRENO** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo en leva dentada | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos quimicos. | | | | ✓ | | | | | | |

OBSERVACIONES:

**CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA**

Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes.

| CLASE | ESCALA DE VALORES PARA CALIFICACION DE CONDICIONES SUBESTANDAR | GRADO DE ACCION |
|---|---|---|
| A | Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo, o daños de considerable valor. | *Inmediata* |
| B | Podría ocasionar una lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal, o daño a la propiedad menor al de la clase A. | *Pronta* |
| C | Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores | *Posterior* |

FIRMA DEL USUARIO: _____ REVISO _____

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-42 |
|---|---|---|
| | VERIFICACIÓN DE ANDAMIOS | VERSIÓN: 01 |
| | | FECHA: ENE 25 |

FECHA: 05-02-25

PROYECTO: Nueva Esperanza Oliveros

NOMBRE QUIEN VERIFICA: Samir Caballero

| | ASPECTO EVALUADO (USO) | ESTADO | | | HALLAZGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | C | NC | N/A | |
| 1 | El andamio es metálico y tubular | X | | | tubular |
| 2 | Los componentes están libres de oxidaciones graves que puedan mermar su resistencia | X | | | |
| 3 | Las bases se encuentran niveladas, duras y rígidas | X | | | |
| 4 | El andamio es armado por una persona competente con certificación vigente | X | | | |
| 5 | La estructura es adecuadamente armada y asegurada (los seguros son de fábrica y no improvisados) | X | | | |
| 6 | El andamio está sujeto a una estructura estable (aplicable para andamios de 3 cuerpos a más) | | | X | |
| 7 | Los componentes son compatibles y se encuentran certificados | X | | | |
| 8 | Las plataformas son resistentes, antideslizantes y están en buen estado (No lisas, ni rotas) | X | | | |
| 9 | Las plataformas están aseguradas y sin separaciones (no se deslizan) | X | | | |
| 10 | El andamio es armado lejos de líneas eléctricas | X | | | |
| 11 | Cuenta con baranda superior | X | | | |
| 12 | Cuenta con baranda intermedia | X | | | |
| 13 | Cuenta con rodapiés | X | | | |
| 14 | La zona donde se realiza el armado se encuentra señalizada | | X | | |
| 15 | El andamio se encuentra calzado, nivelado y anclado correctamente en el suelo | X | | | |
| 16 | La plataforma se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo sin arrumes, ni acumulación de materiales y desperdicios | X | | | |

OBSERVACIONES

RESPOSNABLE DE LA ACTIVIDA: Samir Caballero FIRMA: Samir C CARGO: Soldador

VO, BO COORDINADOR T&A Gina M. Gonzalez FIRMA: CARGO: Aux. SST

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Versión 0 |
|---|---|---|

FECHA: 07/02/2025 — LUGAR: San Blass, Calle Heriberto
CONDUCTOR: William Saenz — CONTRATISTA: Independiente
TIPO DE VEHICULO: Volqueta — IDENTIFICACION - PLACAS: LLJ090

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| PITO | X | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | X | | | |
| CINTURON DE SEGURIDAD | X | | | |
| ILUMINACION CABINA | X | | | |
| PALANCA DE MANDO | X | | | |
| ASIENTOS | X | | | |
| ESPEJOS LATERALES RETROVISORES | X | | | |
| ESPEJO CENTRAL CONVEXO | X | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (10 lbs) | X | | | |
| BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS | X | | | |
| INDICADORES (combustible, refrigerante, velocimetro, RPM, corriente y luces | X | | | |
| VIDRIO PANORAMICO EN BUEN ESTADO | X | | | |
| ESCALERA Y APOYOS DE ACCESO | X | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | X | | | |
| PUERTAS | X | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | X | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (caja, motor y transmisión) | X | | | |
| FRENO DE SERVICIO | X | | | |
| BATERIA Y CABLE | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | | |
| DIRECCION Y TERMINALES | X | | | |
| MANDOS DE AVANCE | X | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | X | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | X | | | |
| COMPARTIMIENTO DEL MOTOR ASEADO | X | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | X | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | X | | | |
| DE SEÑALIZACION TRASERA | X | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO -GIRO | X | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DE ESTOP | X | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN ABULTAMIENTO O CORTADAS | X | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | X | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | X | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | X | | | |
| OPERATIVA | X | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Conservación del vehículo | X | | | |
| El Operador del vehículo utiliza todos sus E.P.P. Limpios y Organizados | X | | | |
| El Operador del vehículo esta Capacitado para la Actividad | X | | | |
| El Operador del vehículo es apto físicamente y mentalmente para el trabajo | X | | | |

OBSERVACIONES

| INSPECCIONADO POR: | | |
|---|---|---|
| Nombres: | Cargo: | Firma: |
| Gianni Marcelo Gonzalez | Aux SST | |
| | | |

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Versión 0 |
|---|---|---|

FECHA: 08/02/2025 — LUGAR: EDE Ibagueses, Nuevo Espinal, Jamaica
CONDUCTOR: Diego Leal — CONTRATISTA: L y J Reciclados
TIPO DE VEHICULO: Camión JAC — IDENTIFICACIÓN - PLACAS: THL 518

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | NA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| PITO | X | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | X | | | |
| CINTURON DE SEGURIDAD | X | | | |
| ILUMINACION CABINA | X | | | |
| PALANCA DE MANDO | X | | | |
| ASIENTOS | X | | | |
| ESPEJOS LATERAL Y RETROVISORES | X | | | |
| ESPEJO CENTRAL CONVEXO | X | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (10 lbs) | X | | | |
| BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS | X | | | |
| INDICADORES (aceite, motor,refrigerante, velocimetro,RPM, combustible y luces | X | | | |
| VIDRIO PANORAMICO EN BUEN ESTADO | X | | | |
| ESCALERA Y APOYOS DE ACCESO | X | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | X | | | |
| PUERTAS | X | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | X | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (caja, motor y trasmision) | X | | | |
| FRENO DE SERVICIO | X | | | |
| BATERIA Y CABLE | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | | |
| DIRECCION Y TERMINALES | X | | | |
| MANDOS DE AVANCE | X | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | X | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | X | | | |
| COMPARTIMIENTO DEL MOTOR ASEADO | X | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTAL PISTA DE TRABAJO | X | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | X | | | |
| DE SEÑALIZACION TRASERA | X | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS TARQUEO - GIRO | X | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DE ESTOP | X | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN ABULTAMIENTO O CORTADAS | X | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | X | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | X | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | X | | | |
| OPERATIVA | X | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Desinfección del vehículo | X | | | |
| El Operador del vehículo utiliza todos sus E.P.P. Limpios y Organizados | X | | | |
| El Operador del vehículo esta Capacitado para la Actividad | X | | | |
| El Operador del vehículo es apto físicamente y mentalmente para el trabajo | X | | | |

OBSERVACIONES

INSPECCIONADO POR:

| Nombre: | Cargo: | Firma: |
|---|---|---|
| Harrelly Gonzalez | Prof SST | |

INTERVECOP

| INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|
| INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | FECHA: ENE 25 |

NOMBRE Sara Caballero FECHA: 03-02-25

CARGO Soldador PROYECTO: Nueva Esperanza Olivares

DESCRIPCION DEL TRABAJO Instalación de perfilería y soldadura de perfiles

| DESCRIPCION | ESTADO | | | | CONDICION SUBESTANDAR IDENTIFICADA | CALIFICACION | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | R | M | N/A | | A | B | C | |
| **ARNES** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes metálicas, argollas, seguros sin óxido, cortes u otros aspectos? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes plásticas presentan roturas, cortadas u otras muestras de desgaste?. | ✓ | | | | | | | | |
| Indicadores de impacto | ✓ | | | | | | | | |
| Porta ganchos | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA DE DETENCION** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | | | | ✓ | | | | | |
| Absorbedor de energia sin impactar? | | | | ✓ | | | | | |
| ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | | | | ✓ | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | | | | ✓ | | | | | |
| **ESLINGA POSICIONAMIENTO** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|---|
| | INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONECTOR (Mosqueton)** | | | | ✓ | | | | | | |
| Desgaste excesivo y/o deformados | | | | ✓ | | | | | | |
| Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches). | | | | ✓ | | | | | | |
| Abertua de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones) | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión | | | | ✓ | | | | | | |
| **LINEA DE VIDA** | | | | | | | | | | |
| Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas | ✓ | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo/desgarro/ nudos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Estiramiento o elongación excesivos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo. | ✓ | | | | | | | | | |
| Extremo se encuentra libre deshilachado. | ✓ | | | | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | | |
| **ARRESTADOR O FRENO** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo en leva dentada | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | | | | ✓ | | | | | | |

OBSERVACIONES:

**CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA**

Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes.

| CLASE | ESCALA DE VALORES PARA CALIFICACION DE CONDICIONES SUBESTANDAR | GRADO DE ACCION |
|---|---|---|
| A | Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo, o daños de considerable valor. | *Inmediata* |
| B | Podría ocasionar una lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal, o daño a la propiedad menor al de la clase A. | *Pronta* |
| C | Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores | *Posterior* |

FIRMA DEL USUARIO: Sarik Casallero

REVISO

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: | GS-FO-44 |
|---|---|---|---|
| | INSPECCION MEZCLADORA DE CONCRETO | VERSIÓN: | 1 |
| | | FECHA: | feb-25 |

**Nombre del Proyecto:** Bello Horizonte

**Responsable** Alfonso Muñoz

**Cargo:** Oficial

**Semana del** 10/02/2025 **Hasta** 16/02/2025

**Serie:** **Marca:** Carbone

**B: Buen estado, C: cumple con el requisito en el caso de documentacion, NC: No cumple M: Requiere cambio, N/A: No aplica**

| ELEMENTOS DE OPERACIÓN | LUN | | MAR | | MIER | | JUEV | | VIER | | SAB | | DOM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| POLEAS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| MEDIDOR DE ACEITE | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| TAPA DE COMBUSTIBLE | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| BUJIA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| CORREAS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| CHOQUE | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| YOYO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ACELERADOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| VOLANTE DE OPERACIÓN | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| MOTOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| FILTRO DE COMBUSTIBLE | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| TAPON DE ACEITE | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| TORNILLOS EN GENERAL | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| GUARDA DE LOS PIÑONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| TAPA PROTECTORA MOTOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| TAMBOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTRIAS DE COMPACTACIÓN(INTERNO) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| LLANTAS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ENGRASE EN GENERAL | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| BALINERAS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| FRENO DE SEGURIDAD(TAMBOR) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| PINTURA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| FUGAS DEL SISTEMA HIDRAULICO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ASEO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| **FIRMA SSTMA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA OPERADOR** | | | | | | | | | | | | | | |

**Fuera de servico:** **SI** ☐

**OBSERVACIONES:**

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-45 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 1 |
| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PLACA VIBRADORA (RANA - CANGURO) | FECHA: Feb-25 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROYECTO** | Bella Horizonte | | |
| **MARCA** | Canguro | **MODELO** | |
| **FECHA INSPECCIÓN (Semana)** | del 10/02/25 | al 15/02/25 | |

Marque en las Casillas con la letra según corresponda
**C** (CUMPLE) **NC** (NO CUMPLE) **N/A** (NO APLICA)

| | 1. ESTADO GENERAL | DÍAS | | | | | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | LU | MA | MI | JU | VI | SA | DO | |
| 1.1 | Motor | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.2 | Tubo de escape | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.3 | Estado de pasadores (bastidor) | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.4 | Placa vibratoria | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.5 | Cilindro vibrador | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.6 | Correas de transmisión | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.7 | Poleas de transmisión | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.8 | Pernos de sujeción de motor a placa | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.9 | Acoples flexibles | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.10 | Timón de manejo | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.11 | Rueda para desplazamiento | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.12 | Tanque de combustible (Sin fugas) | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.13 | Mangueras de aceite hidráulico (Sin fugas) | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.14 | Yoyo de encendido del motor | C | C | C | C | C | C | / | |
| 1.15 | Estado general del equipo | C | C | C | C | C | C | / | |

**El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo evaluará el Jefe Inmediato o SST de Campo**
(Marque en la casilla **SI** o **NO** según corresponda)

| | 2. FACTORES HUMANOS | CUMPLE | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | |
| 2.1 | ¿Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo? | X | | |
| 2.2 | El operador usa de manera adecuada los EPP cuando está haciendo uso del equipo | X | | |
| 2.3 | El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras | X | | |

| | INSPECCIONÓ | Vo.BO Jefe Inmediato /SST |
|---|---|---|
| FIRMA | | |
| NOMBRE | Ginna M. Gonzalez | Ginna M. Gonzalez |
| C.C | 1023861208 | 1023861208 |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-08 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | INSPECCION BOTIQUIN PRIMEROS AUXILIOS | HOJA 1 DE 1 |

| FECHA: | 10 | 02 | 25 | |
|---|---|---|---|---|

| UBICACIÓN DEL BOTIQUÍN: | J. Nueva Esperanza | TIPO DE BOTIQUIN: | ABC |
|---|---|---|---|

| ELEMENTOS A INSPECCIONAR | ESTADO | | FECHA DE VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | BUENO | MALO | |
| Apósitos para hemorragias y sangrados | ✓ | | 11-12-25 |
| Gasa Precortada y esterilizada en sobre sellado | ✓ | | 02-01-25 |
| Aplicadores (para aplicar antisépticos) | ✓ | | 06-09-25 |
| Esparadrapo antialérgico ó Micropore | ✓ | | |
| Algodón | ✓ | | |
| Alcohol | ✓ | | |
| Vendas de diferentes tamaños | ✓ | | |
| Bajalenguas | ✓ | | |
| Guantes desechables | ✓ | | |
| Mascarilla protecctora | ✓ | | |
| Suero fisiológico o Solución Salina | ✓ | | |
| Agua oxigenada | ✓ | | 11-10-25 |
| Curitas | ✓ | | |
| Isodine espuma | ✓ | | 03-01-25 |

| ELEMENTOS DE APOYO EN CASO DE UNA EMERGENCIA | | | |
|---|---|---|---|
| Torniquete o condon | | | |
| Camilla | ✓ | | |
| Tijeras | ✓ | | |
| Cabestrillo | ✓ | | |
| Linterna | | | N A |

| | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| ELABORADO POR: | Gina Gonzalez | Aux. 351 | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-FO-10 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | INSPECCIÓN DE EXTINTORES | HOJA 1 DE 1 |

| ITEM | UBICACIÓN EXACTA | FECHA DE INSPECCION | TIPO DE EXTINTOR | CAPACIDAD | ESTADO DE RECARGA | FECHA DE RECARGA | FECHA DE VENCIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | J. Nueva Esperanza | 10-02-25 | ABC | 20 Lbs | OK | 01-05-25 | 01-26 | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |

| | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| REALIZADO POR | Gina M. Gonzalez | Aux SST | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-43 |
|---|---|---|
| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL HERRAMIENTA MENOR ELÉCTRICA | VERSIÓN 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

Obra: Nueva Esperanza Marca: BERMAN Modelo: K1162032 Serial: ENN69474-1 Ref: _____

Herramienta Menor Electrica: ☒ Taladro ☒ Pulidora ☐ Motorisol ☐ Otro: _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre operadores | 1. Samir Caballero | 2. | 3. |
| Cédula operadores | 1064865724 | | |

*Marcar: B bueno; M mal estado; NA No Aplica

| Nº | FECHA | LUNES 10 | | | MARTES 11 | | | MIERCOLES 12 | | | JUEVES 13 | | | VIERNES 14 | | | SABADO 15 | | | DOMINGO DD | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ITEMS A REVISAR | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 | Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 2 | Estado del interruptor de encendido y su seguro | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 3 | Estado del accesorio porta brocas/disco (mandril) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 4 | Estado del mango | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 5 | Estado del cuerpo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 6 | Estado general de la guia y de la guarda | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 7 | Estado general del equipo (fisuras, roturas, etc) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 8 | Estado del motor | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 9 | Se verificó voltaje, corriente y continuidad adecuada para el equipo(pinza voltiamperimétrica) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 10 | El equipo es el adecuado para el trabajo a realizar | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 11 | Estado de instalación del disco o broca (Insertación) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 12 | Se utilizan accesorios apropiados para las RPM (8500-15000) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 13 | Se han instalado barreras o aislamientos apropiados | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 14 | Condiciones de orden y aseo | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 15 | Utilización adecuada de los EPP (Gafas, tapaoidos, protección respitatoria, botas con punta de acero) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 16 | Otros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Iniciales responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma responsable | | Samir C | | | Samir C | | | Samir C | | | Samir C | | | Samir C | | | Samir C | | | | | |

| Nº | FECHA | OBSERVACIONES | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**NOTA1:** La inspección preoperacional debe ser realizada UNICAMENTE por el OPERADOR del equipo en compañía del encargado Y/O Responsable de SST

**NOTA2:** Favor reportar cualquier elemento faltante, anomalia o modificación al equipo al encargado de la obra

Firma responsable SST

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Version 0 |
|---|---|---|

FECHA: 11/02/2025 — LUGAR: LOC San Blas

CONDUCTOR: William Sierra — CONTRATISTA: Independiente

TIPO DE VEHICULO: Volqueta — IDENTIFICACIÓN - PLACAS: LLJ090

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | N/A | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| PITO | X | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | X | | | |
| CINTURON DE SEGURIDAD | X | | | |
| ILUMINACION CABINA | X | | | |
| PALANCA DE MANDO | X | | | |
| ASIENTOS | X | | | |
| ESPEJOS LATERALES RETROVISORES | X | | | |
| ESPEJO CENTRAL CONVEXO | X | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (10 lbs) | X | | | |
| BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS | X | | | |
| INDICADORES (aceite motor,refrigerante,velocimetro,RPM, corriente y luces | X | | | |
| VIDRIO PANORAMICO EN BUEN ESTADO | X | | | |
| ESCALERA Y APOYOS DE ACCESO | X | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | X | | | |
| PUERTAS | X | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | X | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (caja, motor y transmision) | X | | | |
| FRENO DE SERVICIO | X | | | |
| BATERIA Y CABLE | X | | | |
| TUBO DE ESCAPE | X | | | |
| DIRECCION Y TERMINALES | X | | | |
| MANDOS DE AVANCE | X | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | X | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | X | | | |
| COMPARTIMIENTO DEL MOTOR ASEADO | X | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | X | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | X | | | |
| DE REVALIZACION TRASERA | X | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO-GIRO | X | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO - GIRO | X | | | |
| DE STOP | X | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN ABULTAMIENTO O CORTADAS | X | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | X | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | X | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | X | | | |
| OPERATIVA | X | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Descripcion del vehiculo | X | | | |
| El Operador del vehiculo utiliza todos sus E.P.P. Uniforme y Organizados | X | | | |
| El Operador del vehiculo esta Capacitado para la Actividad | X | | | |
| El Operador del Vehiculo se aplica frecuentemente y mantenimiento para el trabajo | X | | | |

OBSERVACIONES

INSPECCIONADO POR:

| Nombres: | Cargos: | Firmas: |
|---|---|---|
| Gina Marcela Gonzalez | Prof SST | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-43 |
|---|---|---|
| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL HERRAMIENTA MENOR ELÉCTRICA | VERSIÓN 1 |
| | | FECHA: ENE 25 |

Obra: J.I. OASIS Marca: UBERMAN Modelo: KT16 2002 Serial: 6NN60974-1 Ref: _____

Herramienta Menor Electrica: ☑ Taladro ☐ Pulidora ☐ Motortool ☐ Otra: _____

| Nombre operadores | 1. JAIME CABALLERO | 2. Luis escobar | 3. |
|---|---|---|---|
| Cédula operadores | 1061665224 | 80886891 | |

*Marcar: B bueno, M mal estado, NA No Aplica

| | | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | FECHA | DD | MM | AA | DD | MM | AA | 12 | 02 | 25 | 13 | 02 | 25 | 14 | 02 | 25 | 15 | 02 | 25 | DD | MM | AA |
| | ITEMS A REVISAR | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 | Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas) | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 2 | Estado del interruptor de encendido y su seguro | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 3 | Estado del accesorio porta brocas/disco (mandril) | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 4 | Estado del mango | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 5 | Estado del cuerpo | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 6 | Estado general de la guia y de la guarda | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 7 | Estado general del equipo (fisuras, roturas, etc) | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 8 | Estado del motor | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 9 | Se verificó voltaje, corriente y continuidad adecuada para el equipo(pinza voltiamperimétrica) | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 10 | El equipo es el adecuado para el trabajo a realizar. | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 11 | Estado de instalación del disco o broca (Insertación) | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 12 | Se utilizan accesorios apropiados para las RPM (8500-15000) | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 13 | Se han instalado barreras o aislamientos apropiados | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 14 | Condiciones de orden y aseo | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 15 | Utilización adecuada de los EPP (Gafas, tapacidos, protección respitatoria, botas con punta de acero). | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 16 | Otros: | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| Iniciales responsable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma responsable | | JAIME C | | | JAIME C | | | JAIME C | | | JAIME C | | | JAIME C | | | JAIME C | | | | | |

| Nº | FECHA | OBSERVACIONES | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**NOTA1:** La inspección preoperacional debe ser realizada UNICAMENTE por el OPERADOR del equipo en compañia del encargado Y/O Responsable de SST

**NOTA2:** Favor reportar cualquier elemento faltante, anormalia o modificación al equipo al encargado de la obra

Firma responsable SST

INTERVECOP

| INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|
| INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | FECHA: ENE 25 |

NOMBRE SAMIR CABALLERO FECHA: 12-02-25

CARGO Soldador PROYECTO: Jardín I. Oasis

DESCRIPCION DEL TRABAJO Soldadura y pintura en estructura metálica para cambio de cubierta

| DESCRIPCION | ESTADO | | | | CONDICION SUBESTANDAR IDENTIFICADA | CALIFICACION | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | R | M | N/A | | A | B | C | |
| **ARNES** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes metálicas, argollas, seguros sin óxido, cortes u otros aspectos? | ✓ | | | | | | | | |
| Partes plásticas presentan roturas, cortadas u otras muestras de desgaste?. | ✓ | | | | | | | | |
| Indicadores de impacto | ✓ | | | | | | | | |
| Porta ganchos | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |
| **ESLINGA DE DETENCION** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | | | | ✓ | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | | | | ✓ | | | | | |
| Absorbedor de energia sin impactar? | | | | ✓ | | | | | |
| ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | | | | ✓ | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | | | | ✓ | | | | | |
| **ESLINGA POSICIONAMIENTO** | | | | | | | | | |
| Reata esta desgastada,cortada y/o decolorada? | ✓ | | | | | | | | |
| Costuras con todas sus puntadas en buen estado ? | ✓ | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de quimicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | |
| Etiqueta esta en buen estado, es legible? | ✓ | | | | | | | | |

INTERVECOP

| INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-40 |
|---|---|
| INSPECCIÓN DE ELEMENTOS PARA TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 1 |
| | FECHA: ENE 25 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONECTOR (Mosqueton)** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo y/o deformados | | | | ✓ | | | | | | |
| Ajuste inadecuado o incorrecto de los cierres de resortes o de seguridad (enganches). | | | | ✓ | | | | | | |
| Abertua de garganta excesiva respecto al diámetro del elemento a la cual se debe fijar (fijaciones) | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión | | | | ✓ | | | | | | |
| **LINEA DE VIDA** | | | | | | | | | | |
| Fibras cortadas o desgastada, cortes, deshilachadas | ✓ | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo/desgarro/ nudos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Estiramiento o elongación excesivos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Diámetro de sección circular cumple con el estándar aceptado como mínimo. | ✓ | | | | | | | | | |
| Extremo se encuentra libre deshilachado. | ✓ | | | | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | ✓ | | | | | | | | | |
| Ganchos sin óxido, sin residuos de químicos, deformaciones, remaches sueltos, seguros de apertura y sierre automatico en buen estado | ✓ | | | | | | | | | |
| **ARRESTADOR O FRENO** | | | | | | | | | | |
| Desgaste excesivo en leva dentada | | | | ✓ | | | | | | |
| Deterioro general, corrosión , contacto con productos químicos. | | | | ✓ | | | | | | |

OBSERVACIONES:

**CONDICION SUBESTANDAR O INSEGURA**

Es toda circunstancia física o condición fuera de norma en los objetos o en el medio ambiente que puede causar directamente los accidentes.

| CLASE | ESCALA DE VALORES PARA CALIFICACION DE CONDICIONES SUBESTANDAR | GRADO DE ACCION |
|---|---|---|
| A | Podría ocasionar la muerte, una incapacidad permanente o pérdida de alguna parte del cuerpo, o daños de considerable valor. | *Inmediata* |
| B | Podría ocasionar una lesión o enfermedad grave, con una incapacidad temporal, o daño a la propiedad menor al de la clase A. | *Pronta* |
| C | Podría ocasionar lesiones menores incapacitantes, enfermedad leve o daños menores | *Posterior* |

FIRMA DEL USUARIO: SAMIR CABALLERO

REVISO Ginna M. Gonzalez

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-37 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | PREOPERACIONAL TRABAJO EN CALIENTE - SOLDADURA | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA: | 12-02-25 |
| LUGAR: | Jardin Inf. Oasis |

**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:**

Soldadura de la estructura para cambio de cubierta

| EQUIPO | ESTADO | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| ESTADO GENERAL DEL EQUIPO | SI | NO | NA | OBSERVACIONES |
| Cables en buen estado | ✓ | | | |
| Bornes de conexión en buen estado | ✓ | | | |
| Area de trabajo limpia | ✓ | | | |
| Extintores | ✓ | | | |
| Enchufe, interruptor, regulador y pinzas | ✓ | | | |
| **OPERADOR** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Capacitado | ✓ | | | |
| **DOTACION** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Jeans y camiseta / Overol | ✓ | | | |
| Estado general del barbuquejo | ✓ | | | |
| Esta en buen estado la araña | ✓ | | | |
| **EPP** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Máscara de soldar | ✓ | | | |
| Pechera, delantal de cuero, protección piernas, etc. | | ✓ | | |
| Lentes de Seguridad | ✓ | | | |
| Guantes | ✓ | | | |
| Protector respiratorio | ✓ | | | |
| Polainas | | ✓ | | |

| APROBACIONES | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | Ginna M. Gonzalez F | Coord. SST | |

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | Versión 0 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| FECHA: 14/02/2025 | LUGAR: Bello Horizonte |
| CONDUCTOR: William Suarez | CONTRATISTA: Inbandes |
| TIPO DE VEHICULO: Volqueta | IDENTIFICACIÓN - PLACAS: LLJ090 |

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | NA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| PITO | ✓ | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | ✓ | | | |
| CINTURÓN DE SEGURIDAD | ✓ | | | |
| ILUMINACIÓN CABINA | ✓ | | | |
| PALANCA DE MANDO | ✓ | | | |
| ASIENTOS | ✓ | | | |
| ESPEJOS LATERALES RETROVISORES | ✓ | | | |
| ESPEJO CENTRAL CONVEXO | ✓ | | | |
| EXTINTOR DE INCENDIO (10 lbs) | ✓ | | | |
| BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS | ✓ | | | |
| INDICADORES (nivel motor refrigerante velocimetro RPM, corriente y voltaje | ✓ | | | |
| VIDRIO PANORÁMICO EN BUEN ESTADO | ✓ | | | |
| ESCALERA Y APOYOS DE ACCESO | ✓ | | | |
| PLUMILLA LIMPIA PARABRISAS | ✓ | | | |
| PUERTAS | ✓ | | | |
| VIDRIO Y VENTANAS | ✓ | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| CONTROL DE FUGAS (caja, motor y transmisión) | ✓ | | | |
| FRENO DE SERVICIO | ✓ | | | |
| BATERÍA Y CABLE | ✓ | | | |
| TUBO DE ESCAPE | ✓ | | | |
| DIRECCIÓN Y TERMINALES | ✓ | | | |
| MANDOS DE AVANCE | ✓ | | | |
| TANQUE DE COMBUSTIBLE | ✓ | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | ✓ | | | |
| COMPARTIMENTO DEL MOTOR ASEADO | ✓ | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | ✓ | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | ✓ | | | |
| DE SEÑALIZACION TRASERA | ✓ | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO -GIRO | ✓ | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO – GIRO | ✓ | | | |
| DE ESTOP | ✓ | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN AHULTAMIENTO O CORTADAS | ✓ | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | ✓ | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | ✓ | | | |
| PASO DE IMPUESTOS AL DIA | ✓ | | | |
| OPERATIVA | ✓ | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| Desinfección del vehículo | ✓ | | | |
| El Operador del vehículo utiliza todos sus E.P.P. Limpios y Organizados | ✓ | | | |
| El Operador del vehículo esta Capacitado para la Actividad | ✓ | | | |
| El Operador del vehículo se apto físicamente y mentalmente para el trabajo | ✓ | | | |

OBSERVACIONES

| INSPECCIONADO POR: | | |
|---|---|---|
| Nombres: | Cargos: | Firmas: |
| Marcela Gonzalez | Prof SST | |
| | | |

BN4464

| INTERVECOP | INSPECCIÓN DE VEHÍCULOS | FORMATO 5 |
|---|---|---|

FECHA 17/04/2025 LUGAR
CONDUCTOR Hoyos Turbay CONTRATISTA Intervecop
TIPO DE VEHICULO Pickup - Sedan Chevrolet PLACAS BNY 469

| ASPECTOS INSPECCIONADOS | Buen Estado | Mal Estado | NA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **REVISION GENERAL** | | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| ALARMA DE RETROCESO | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | | | X | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| **REVISION MECANICA** | | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| FRENO DE SERVICIO | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| FRENO DE PARQUEO O EMERGENCIA | ✓ | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| **REVISION LUCES** | | | | |
| FRONTALES DE TRABAJO | ✓ | | | |
| TRASERAS DE TRABAJO | ✓ | | | |
| DE SEÑALIZACION TRASERA | ✓ | | | |
| DIRECCIONALES DELANTERAS PARQUEO (GIRO) | ✓ | | | |
| DIRECCIONALES TRASERAS DE PARQUEO (GIRO) | ✓ | | | |
| DE STOP | ✓ | | | |
| **REVISION LLANTAS** | | | | |
| EN BUEN ESTADO SIN REMENTAMIENTO O CORTADAS | ✓ | | | |
| **REVISION DE DOCUMENTOS** | | | | |
| POLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS AL DIA | ✓ | | | |
| LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE | ✓ | | | |
| PAGO DE IMPUESTOS AL DIA | ✓ | | | |
| OPERATIVA | ✓ | | | |
| **GUIA DEL COMPORTAMIENTO** | | | | |
| [illegible] | ✓ | | | |
| El Conductor del vehículo debe hacer uso de E.P.P. Limpio y Organizado | ✓ | | | |
| El Conductor del vehículo está Capacitado para la Actividad | ✓ | | | |
| El Conductor del vehículo es apto físicamente y mentalmente para el trabajo | ✓ | | | |

**OBSERVACIONES**

**INSPECCIONADO POR**

| Nombres | Cargo | Firma |
|---|---|---|
| Angela Rubio | Res SST | [signature] |

# Anexo 7

# ATS y registros permisos de trabajo

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-033<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | **Jardin infantil Esperanza Olivarez** | **FECHA ELABORACIÓ** | **24/01/2025 al 26/01/2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | Instalación de la estructura para cubierta y pintura de los perfiles | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | taladro inalambrico y herramientas manuales | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| IZAJE | ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ESPACIOS CONFINADOS ☐ |
| TRABAJOS EN CALIENTE | ☒ TRABAJOS EN ALTURA | ☒ | EXCAVACIONES ☐ OTRO: CUAL? |

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que esta seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| INSTALACIÓN DE ESTRUCTURA Y PERFILES DE CUBIERTA | Atrapamiento movilización de elementos, cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, movel elementos, o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se van están bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que esta seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a radiaciones | Quemaduras cutáneas o síndrome de irradiación aguda, cáncer | Aislar fuente. Medir distancia del personal. Limitar tiempo de exposición, EPP. Radiaciones no ionizantes UV e IR. Utilizar careta de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| INSTALACIÓN DE FLANCHES | Manipulacion de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, ,amputaciones,hemoragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas .<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemoragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se van a izar esten bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando; Señalice y respete las zonas de exclusión; hacer uso del casco y gafas de seguridad; asegure las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, fracturas, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Trabajos con exposición a ruido | Cansera,Disminución de la capacidad auditiva, Perturbación del sueño y descanso,Estrés,Fatiga, neurosis, depresión | Identifique las fuentes de ruido y evalúe su aislamiento y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (sonometrías o dosimetrías) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes. Tapaoído de inserción o de copa. O doble protección auditiva dependiendo la tarea o tiempo de exposición. |
| SOLDADURA DE PERFILES | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, ,amputaciones,hemoragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas .<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Golpes | Heridas, hemoragias, contusisnes, laceraciane | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramienta de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas; Precaverse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas, para evitar ser golpeados por las mismas. Uso EPP como gafas antigolpes, careta, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramientas de golpe. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones. | Aislar, polvo, Ventilar, usar EPP. |
| PINTURA EN ESTRUCTURA | Proyección de partículas | conjuntivitis aguda, pérdida de visión, rotura de la córneaconfusiones | Utilizar EPP como proteccion visual, facial, pefu, mangas entre otros. Utilizar las guardas de los equipos y herramientas. Identifique el lavaojos más cercano en caso de proyección de partícula en ojo. |
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemoragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas .<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones. | Aislar, polvo, Ventilar, usar EPP. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos o especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificacion segun codigo de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el Trabajo *

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO



**PROTECCION GENERAL**
- CARGO CON BARBIQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- OXICORTE
- OTRO





**Los abajo firmados declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| JOSE SUAREZ | 79499787 | SOLDADOR | |
| Jean Carlos Blandon | 1022391580 | Ayudante | |
| ROBERTO Jairo Caballero | 1050845074 | AYUDANTE | |

**Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

**V.B. Ingeniero de obra o proyecto**

NOMBRE: Javier Rivas

FIRMA

**REVISO SST**

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

**Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Inspector de obra)**

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ

FIRMA

| | | |
|---|---|---|
| INTERVERCOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Codigo: SG-FO-003<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | ANCIANATO DE BELLO HORIZONTE | FECHA ELABORACIÓ | 27/01/2025 al 01/02/2025 |
| LABOR A EJECUTAR | DESCAPOTE PARA ZAPATA, DEMOLICIÓN DE PISO Y ESCALERAS , Y DISPOSICION DE RCD A CEMEX | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | ROTOMARTILLO, PICO,PALA Y PULIDORA | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☒ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO: CUAL?

En caso de que el trabajo incluya una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de trabajo seguro a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| DEMOLICIÓN O DESCAPOTE DE PISO PARA ZAPATA | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evite exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se han estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se esta subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta de andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que esta seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares sera agravada. función pulmonar reducida. irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes. | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identificar un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se han estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta de andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que esta seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |

## CIMENTACIÓN DE ZAPATA

| | | |
|---|---|---|
| Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, alma agravada función pulmonar reducida irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capuchas o manga para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo |
| Golpes | Heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas. Percatarse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas, para evitar ser golpeados por las mismas. Usar EPP como gafas antigolpes, careta, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramientas de golpe. |
| Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas, laceraciones, amputaciones, hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| Trabajos con exposición a ruido | Generación directa en de la capacidad auditiva. Perturbación del sueño y descanso.Estrés,Fatiga, nerviosis, depresión. | Identifique las fuentes de ruido y evalúe su diagnóstico y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (ambientales o dosimetrías) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes, tapones de inserción o de copa. O doble protección auditiva dependiendo la tarea o tiempo de exposición. |
| Exposición a químicos | Quemaduras, Incendios o explosiones | Aislar polvo. Ventilar, usar EPP. |
| Exposición a radiaciones | Quemaduras cutáneas o el síndrome de irradiación aguda, cáncer | Aislar fuente. Medir distancia del personal. Limitar tiempo de exposición. EPP. Radiaciones no ionizantes UV e IR. Utilizar careta de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv. |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Selecciona los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el Trabajo

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO



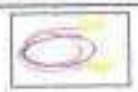
**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIOCULPES
- MONOGAFAS
- GOGGRITE
- OTRO



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO





**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:





Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar todas las precauciones identificadas.

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Alfonso Muñoz | 7675915 | AUX | |
| Edgardo Araujo | 1116496404 | AUX | |
| Dover Carmona | 9273338 | OF | |
| H. Stallcamp | 1073669 | Ayudante | |
| Luis Ramirez | 1079896738 | Ayudante | |
| [illegible] | 1081992628 | Ayudante | |
| Alberto Alvarez S. | 7675867 | Oficial | |

Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).

V.B. Ingeniero de obra o proyecto

NOMBRE: Andres Felipe Cuenca H. | Andres Felipe Cuenca H.

Cuando no aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Inspector de obra)

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ

REVISO SST

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-033<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | Jardin infantil Esperanza Olivarez | **FECHA ELABORACIÓ** | **27/01/2025 al 01/02/2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | Instalación de la estructura para cubierta y pintura de los perfiles | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | taladro inalambrico y herramientas manuales | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☒ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO, CUAL?

En caso de que el trabajo incluya una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que esta seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| INSTALACIÓN DE ESTRUCTURA Y PERFILES DE CUBIERTA | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes, fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evite exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se van a izar estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que esta seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a radiaciones | Quemaduras cutáneas o síndrome de irradiación aguda, cáncer | Aislar fuente. Medir distancia del personal. Limitar tiempo de exposición. EPP. Radiaciones no ionizantes UV e IR. Utilizar careta de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, orejuna o merje para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDAD | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| INSTALACIÓN DE FLANCHES | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas, laceraciones, amputaciones, hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo, identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se van a izar esten bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se estén subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para labores con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Trabajos con exposición a ruido | Cansancio,irritación de la capacidad auditiva, Perturbación del sueño y descanso,Estrés,Fatiga, pérdida auditiva | Identifique las fuentes de ruido y evalúe su diagnóstico y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (sonometrías o dosimetrías) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes. Tapaoído de inserción o de copa. O doble protección auditiva dependiendo la tarea o tiempo de exposición |
| SOLDADURA DE PERFILES | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Golpes | Heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas. Percatarse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas, para evitar ser golpeados por los mismos. Uso EPP como gafas antigolpes, careta, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramientas de golpe. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones | Aislar polvo. Ventilar, uso EPP. |
| PINTURA EN ESTRUCTURA | Proyección de partículas | conjuntivitis aguda, pérdida de visión, rotura de la cornea,contusiones | Utilizar EPP como protección visual, facial, peto, mangas entre otros. Utilizar las guardas de las equipos y herramientas. Identifique el lavaojos más cercano en caso de proyección de partícula en ojo. |
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones | Aislar polvo. Ventilar, uso EPP. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos y especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificación según código de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o ordinarios no peligrosos |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo:

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO [x]
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION [x]
- COPA
- DOBLE
- OTRO





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS



**PROTECCION VISUAL**
- ANTEOJOS
- MONOGAFAS [X]
- DISCORTE
- OTRO





Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar todas las precauciones identificadas.

| NOMBRE | Cedula de Ciudadania | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Luis Carlos Escobar | 80880893 | AYU. | |
| Jose SUAREZ | 79.499.702 | OFICIAL | |
| Roberto Caraballo | 1050845674 | AYU | |
| Deivar Cardenas M | 927.2.936 | OFF | |
| Luis Talaverno M | 1031669 | Ayudante | |
| Juan Carlos Blandon | 1022391590 | AYUDANTE. | |
| SAMIR CARABALLO | 1064863224 | SOLDADOR | SAMIR C. |

Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).

V.B. Ingeniero de obra o proyecto

NOMBRE: JAVIER J RINCON

Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Inspector de obra)

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ

RESIDENTE SST

NOMBRE GINNA MARCELA GONZÁLEZ

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Codigo: SG-FO-033<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | Jardin infantil oasis | FECHA ELABORACIÓ | 27/01/2025 al 01/02/2025 |
| LABOR A EJECUTAR | Desmonte laminas de drywall y reforzamiento de la estructura para la cubierta | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | taladro inalambrico, sierra circular, taladro impact | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE
TRABAJOS EN CALIENTE
☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐
☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐
ESPACIOS CONFINADOS ☐
EXCAVACIONES ☐ OTRO: CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de trabajo acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que esta seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| DESMONTAJE DE LAMINAS DE DRIWALL | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, lesiones | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecánicas, y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se van retirar estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que esta seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o manga para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| REFORZAMIENTO DE LA ESTRUCTURA PARA CUBIERTA | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas (laceraciones, amputaciones), hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identificar un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes, fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se van estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos o especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificación según código de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal relevantes para desarrollar el Trabajo.

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO: X
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELÉCTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION: X
- COPA
- DOBLE
- OTRO:





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO: X
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:





**PROTECCION VISUAL**
- ANTICOPLES
- MONOGAFAS
- ONICORTE: X
- OTRO:





**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo, lo evaluamos y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Carlos Alberto Alvarez | 1075[illegible]68 | | |
| | 14795675 | | |

**Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS)**

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | | REVISO SST | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: Daniel Rivera | | NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ | |
| Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de Turno, Ingeniero de obra) | | | |
| NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ | | | |

| INTERVECOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Codigo: SG-FO-033<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | CDS JULIO CESAR Sanchez | FECHA ELABORACIÓ | 28-01-25 al 01-02-25 |
| LABOR A EJECUTAR | Desistalacion de cubirta en policarbonato e instalación de la nueva cubierta | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | taladro inalambrico y herramientas menores | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE
TRABAJOS EN CALIENTE

- ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐
- ☒ TRABAJOS EN ALTURA ☒
- ESPACIOS CONFINADOS ☐
- EXCAVACIONES ☐ OTRO ¿CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como rivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| DESISTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN POLICARBONATO | Atrapamiento movilización de elementos cargas metalicas | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, lacéraciones, rotulos | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar espichar las manos el punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se van a retirar estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se estén subiendo o bajando. Señalizar y respetar las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y cerciorar que estas cargas |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como rivelación, huecos, que esta seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a radiaciones | Quemaduras cutaneas o sindrome de irradiación agudo, cáncer | Aisle fuente. Medir distancia del personal. Limitar tiempo de exposición. EPP. Radiaciones no ionizantes UV e IR. Utilizar casco de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspension como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capuchón o monja para trabajos con fibra de vidrio, identifique el lavaojos más cercano en caso de caer en el cuerpo debido en el ojo |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| INSTALACIÓN DE LA NUEVA CUBIERTA | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se van estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de evolución, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares como agravado función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP correctos: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el botiquín más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Trabajos con exposición a ruido | Cambio temporal en la capacidad auditiva. Perturbación del sueño y descanso.Estrés,Fatiga, nerviosismo, depresión | Identifique los fuentes de ruido y evalúe su diagnóstico y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (ambientales o dosimetría) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes, tapones de inserción o de copa. O doble protección auditiva dependiendo la tarea o tiempo de exposición. |
| PINTURA DE LOS PERFILES EXISTENTES | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Golpes | Heridas, hematomas, contusiones, laceraciones | Verifica ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas. Percatarse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas, para evitar ser golpeados por las mismas. Uso EPP como gafas antigolpes, casco, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramientas de golpe. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones. | Aislar polvo. Ventilar, uso EPP. |

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ASIGNADOS

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo

**GUANTES**
- VAQUETA: X
- NITRILO:
- HILAZA:
- SOLDADOR:
- DIELECTRICOS:
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- ADITIVA: X
- COPA:
- DOBLE:
- OTRO:





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR:
- PARA SOLDAR:
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CARGO CON BARBUQUEJO: ✓
- DELANTAL CARNAZA:
- PETO CARNAZA:
- OTROS:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTICOPPER:
- MONOGAFAS: X
- ESCORTE:
- OTRO:





Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo, Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar sobre las operaciones identificadas.

| NOMBRE | Cedula de Ciudadania | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Julio Cesar Suarez Bolaños | 80940940 | Instalador | |
| Luis Oliver Higuera | 80215735 BTA | INSTALADOR | |
| Jose Lemos Ibañez | 1063666202 | Instalador | |
| JORGE E GOMEZ | 80843915 | INSTALADOR | |

Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | |
|---|---|
| NOMBRE: | |

| Cuando aplique V.B. Lider ejecutante (Capataz, Maestro,Jefe de turno, Inspector de obra) | |
|---|---|
| NOMBRE: MARTIN RODRIGUEZ | |

RESIDENTE SST

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Codigo: SG-FO-033<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | Jardin Infantil San Blas | FECHA ELABORACIÓ | 04/02/2025 al 08/02/2025 |
| LABOR A EJECUTAR | RETIRO DE TEJA DE BARRO PARA CAMBIO DE CUBIERTA | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | ESPATULA | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO: CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de trabajo acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas |
| RETIRO DE TEJA EN BARRO | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hematomas, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas necesarias y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se van retirando, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalizar y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y piensen que estas caigan. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador al humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio, Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LIMPIEZA Y ACOPIO EN LONA | Manipulación de herramientas cotopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cotantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo, identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP,como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, torceduras, laceraciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capuchón o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el tiempo más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos o especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificación según código de color establecido en los contenedores adecuados, respete las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos. |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO [X]
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- TAPERCION [X]
- COPA
- DOBLE
- OTRO



**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS [X]
- ONCORTE
- OTRO



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS [X]







**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Alfonso Yunor | 7675915 | AUX | |
| Luis Kolam | 1079886738 | cAM1 | |
| Johan Chavez | 1064902885 | Aux | |

**Supervisaré el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

**V.B. Ingeniero de obra o proyecto**

NOMBRE: AANDRES CANTOR

Andres Felipe Cantor

**Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro,Jefe de turno, Supervisor, Líder)**

NOMBRE: Apolinar González

**REVISO SST**

NOMBRE:GINNA MARCELA GONZÁLEZ

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-035<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | **Jardin infantil oasis** | **FECHA ELABORACIÓ** | **02/02/2025 al 08/02/2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | INSTALACIÓN DE PERFILES PARA CAMBIO DE CUBERTA | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | taladro inalambrico, sierra circular, taladro fijo | | |

IZAJE
TRABAJOS EN CALIENTE

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐
☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐
ESPACIOS CONFINADOS ☐
EXCAVACIONES ☐ OTRO, CUAL?

En caso de que el trabajo incluya una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| SOLDADURA DE PERFILES | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evite exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se izan están bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o ropa para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| **ACTIVIDADES** | **PELIGROS** | **CONSECUENCIA** | **MEDIDAS PREVENTIVAS** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| INTALACION DE ESTRUCTURA PARA CUBIERTA | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas, laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo, identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes, fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se van a izar estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluya la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique si tuvieras más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos o especiales | Contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificacion segun codigo de color establecido en los contenedores asignados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- MALLA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- OBLANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIOJOS
- MONOGAFAS
- CINCORTE
- OTRO





**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| CARLOS PINO | 1003762280 | Ayudante | |

**Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

**V.B. Ingeniero de obra o proyecto**

NOMBRE: Andres Felipe Cortes M. | Andres Felipe Cortes M.

**Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Inspector de obra)**

NOMBRE:

**REVISO SST**

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| DESISTALACION DE TEJA PVC | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias. | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo, identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (placas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, riñones | Verificar que las placas que se van estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspension como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o manga para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Trabajos con exposición a ruido | Cefalea,disminución de la capacidad auditiva. Perturbación del sueño y descanso,Estrés,Fatiga, neurosis, depresión | Identifique las fuentes de ruido y evalúe su aislamiento y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (sonometrías o dosimetrías) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes.Tapones de inserción ó de copa. O doble protección auditiva dependiendo la fase o tiempo de exposición. |
| INSTALACIÓN DE TEJA TERMOACUSTICA | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas.<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Golpes | Heridas,hemorragias, contusiones, laceraciones | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas. Precaverse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas, para evitar ser golpeados por las mismas. Usar EPP como gafas antigolpes, careta, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramientas de golpe. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones | Aislar polvo. Ventilar, usar EPP. |
| RESANE DE PAREDES | Proyección de partículas | conjuntivitis aguda, pérdida de visión, rotura de la córnea,contusiones | Utilizar EPP como protección visual, facial, pelo, mangas entre otras. Utilizar las guardas de los equipos y herramientas. Identifique el lavaojos más cercano en caso de proyección de partícula en ojo. |
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas.<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones | Aislar polvo. Ventilar, usar EPP. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos y especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificacion segun codigo de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos. |

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO [x]
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION [x]
- COPA
- DOBLE
- OTRO:



**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO [x]
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS

**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS [x]
- CINCORTE
- OTRO









Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo, lo evaluamos y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar todas las precauciones identificadas.

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Alberto Alvarez S. | 1058158678 | Oficial | |
| SAMIR CABALLERO | 1067963224 | SOLDADOR | SAMIR |
| Anderson garrido | 30971606 | Ayudante | Anderson |
| Luis escobar | 80 880 893 | AYU | |
| Jose SUAREZ | 29.499787 | SOLDADOR | |

Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).

V.B. Ingeniero de obra o proyecto

NOMBRE: Andres Felipe Cantor M. | Andres Felipe Cantor M.

RIVNO SST

NOMBRE: RINA MARCELA GONZÁLEZ

Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de fuero, Inspector de obra)

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ | SAMIR

| INTERVECOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Código: 3S-FO-033<br>Versión: 01<br>Fecha: 1/01/2024 |
|---|---|---|

| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | CDS JULIO CESAR Sanchez | FECHA ELABORACIÓ | 02/02/2025 al 08/02/2025 |
|---|---|---|---|
| LABOR A EJECUTAR | PINTURA DE PERFILES E INSTALACIÓN DE CUBIERTA NUEVA | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | Equipos automáticos y herramientas manuales | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| IZAJE | ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ESPACIOS CONFINADOS ☐ |
| TRABAJOS EN CALIENTE | ☒ TRABAJOS EN ALTURA | ☐ | EXCAVACIONES ☐ OTRO: CUAL? |

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente a plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| PINTURA DE LOS PERFILES | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes/fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, luxaciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no colocarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a radiaciones | Quemaduras cutáneas o síndrome de inoculación aguda, cáncer | Aislar fuente. Medir distancia del personal. Limitar tiempo de exposición, EPP. Radiaciones no ionizantes UV e IR. Utilizar careta de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, cascaña o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| INSTALACIÓN DE LA NUEVA CUBIERTA | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, virutas | Verificar que las piezas que se van estar bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares para agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar | Este riesgo incluya la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Trabajos con exposición a ruido | Cefalea,disminución de la capacidad auditiva. Perturbación del sueño y descanso.Estrés,Fatiga, neurosis, depresión. | Identifique las fuentes de ruido y evalúe su aislamiento y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (sonometrías o dosimetrías) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes.Tapones de inserción o de copa. El doble protección auditiva dependiendo la tarea o tiempo de exposición. |
| PINTURA DE LOS PERFILES EXISTENTES | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas.<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Golpes | Heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas. Precaución de posibles movimientos peligrosos al momento de realizar izaje de cargas, para evitar se golpeados por las mismas. Uso EPP como gafas antigolpes, careta, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramienta de golpe. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones | Aislar, polvo, Ventilar, usar EPP. |

## ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el TAREA

**GUANTES**
- VAQUETA: X
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION: X
- COPA
- DOBLE
- OTRO





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO: X
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:





**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS: X
- CINCORTE
- OTRO:





**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, evaluamos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se consolidaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Alfonso Flores | 7675965 | AUX | |

**Supervisaré el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

**V.B. Ingeniero de obra o proyecto**

NOMBRE: Andres Felipe Cantor H. | Andres Felipe Cantor H

**Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de taller, Supervisor de obra)**

NOMBRE: Apolinar Gomez

**REVISO SST**

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

| | | |
|---|---|---|
| INTERVERCOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Codigo: SG-FO-055<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | Jardin infantil samore | FECHA ELABORACIÓ | 31-01-2025 al 01-02-2025 |
| LABOR A EJECUTAR | Instalación de la cubiertas , flenches, pintura de la cocina, instalación de cielo razo en pvc | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | taladro inalambrico y herramientas manuales | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐
TRABAJOS EN CALIENTE ☒ TRABAJOS EN ALTURA ☒ EXCAVACIONES ☐ OTRO: CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación Inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas |
| INSTALACIÓN DE CUBIERTA | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, lesiones | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se van a izar estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas |
| | Exposición a radiaciones | Quemaduras cutáneas o síndrome de irradiación aguda, cáncer | Aislar fuente. Medir distancia del personal, Limitar tiempo de exposición, EPP, Radiaciones no ionizantes UV e IR. Utilizar careta de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o manga para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| INSTALACIÓN DE FLANCHES | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, ,amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en bun estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, rotutas | Verificar que las piezas que se van estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se estén subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión; hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rasaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma,egnevida. Función pulmonar reducida. irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspension como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Trabajos con exposición a ruido | Cefalea,disminución de la capacidad auditiva. Perturbación del sueño y descanso,Estrés,Fatiga, nausea, desmayo. | Identifique las fuentes de ruido y evalúe su diseñamiento y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (sonometros o dosimetrias) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes. Tapaoido de inserción o de copa. O doble protección auditiva dependiendo la fatiga o tiempo de exposición. |
| INSTALACIÓN DE CIELO RASO EN PVC | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, ,amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en bun estado, tengan guardas .<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Golpes | Heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas; Percatarse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas; para evitar ser golpeados por las mismas. Usar EPP como gafas antigolpes, careta, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramientas de golpe. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones | Aislar polvo. Ventilar, usar EPP. |
| PINTURA EN PAREDES | Proyección de particulas | conjuntivitis aguda, perdida de visión, rotura de la córnea,contusiones | Utilizar EPP como proteccion visual, facial, pelo, mangas entre otros. Utilizar las guardas de los equipos y herramientas. Identifique el lavaojos más cercano en caso de proyección de particula en ojo. |
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, ,amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en bun estado, tengan guardas .<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones | Aislar polvo. Ventilar, usar EPP. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos o especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificación segun codigo de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete o identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el Trabajo

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO



**PROTECCION AUDITIVA**
- ABERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO



**PROTECCION GENERAL**
- CABOS CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS





**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- CINCORTE
- OTRO





**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadania | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Jaider Chaves | 1069[illegible]2885 | AUX | |
| Diego Arieta | 1103948443 | oficial | Diego |
| [illegible] | 1069[illegible]83 | AUX | |

**Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Analisis de Trabajo Seguro (ATS).**

**V.B. Ingeniero de obra o proyecto**

NOMBRE: JAIDER J RINCON L

**REVISO SST**

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

**Cuando aplique V.B. Lider ejecutante (Capataz, Maestro...Jefe de turno, Inspector de obra)**

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Codigo: SG-FO-053<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | ANCIANATO DE BELLO HORIZONTE | FECHA ELABORACIÓ | 02/02/2025 al 08/02/2025 |
| LABOR A EJECUTAR | FUNDICIÓN DE ZAPATA, ALISTADO PARA PISO , Y DISPOSICION DE RCD A CEMEX | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | ROTOMARTILLO, PICO, PALA Y FUNDIDORA | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☒ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO ¿CUAL?

En caso de que el trabajo incluya una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| MEZCLA DE CEMENTO Y CIMENTACIÓN DE ZAPATAS | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o mono para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| | Manipulación de herramientas corpunzantes | Heridas,laceraciones, ,amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas.<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |

ALISTADO PARA EL PISO

| | | |
|---|---|---|
| Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares como agravada función pulmonar reducida irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria: capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| Golpes | Heridas, hemorragia, contusiones, laceraciones | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas. Percatarse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas, para evitar se golpeados por las mismas. Usar EPP como gafas antigolpes, careta, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramientas de golpe. |
| Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas, laceraciones, amputaciones, hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| Trabajos con exposición a ruido | Cansancio, disminución de la capacidad auditiva. Perturbación del sueño y descanso, Estrés, fatiga, neurosis, depresión | Identifique las fuentes de ruido y evalúe su aislamiento y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (panorámicas o dosimetrías) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes, tapaoídos de inserción o de copa. O doble protección auditiva dependiendo la tarea o tiempo de exposición. |
| Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones | Aislar, poza. Ventila, usar EPP. |
| Exposición a radiaciones | Quemaduras cutáneas o síndrome de irradiación aguda, cáncer | Aislar fuente. Medir distancia del personal. Limitar tiempo de exposición. EPP. Radiaciones no ionizantes UV e IR, utilizar careta de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv. |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el Trabajo:

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- MALLA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- CONCORTE
- OTRO





Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar todas las precauciones identificadas.

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Alfonso Hurtado | 7675915 | AUX | |
| Dzatoycampost | 9272378 | Of. | |
| Eduardo Arango | 1146498001 | AUX | |
| Alberto Alvarez | 76358678 | Ayu | |
| Luis Kaplun | 1079886738 | Ayu | |
| J.C. Cabezas | 1007669715 | Alo | |
| Diego Arcila | 1103440242 | Electricista | |

Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).

V.B. Ingeniero de obra o proyecto

NOMBRE: Andres Felipe Cantor — Andres Felipe Cantor

REVISÓ SST

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Inspector de obra)

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Codigo: SG-FO-031<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | Jardin Infantil Oasis | FECHA ELABORACIÓ | 20/01/2025 al 25/01/2025 |
| LABOR A EJECUTAR | desistalación y desmonte de cielo rasos | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | taladro inalambrico, sierra circular, taladro kruper | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IPAE
TRABAJOS EN CALIENTE
☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS
☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO: CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas |
| DESMONTAJE DE LAMINAS DE DRIWALL | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes/fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se van a retirar estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo |
| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, ,amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo, identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas .<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se van a retirar estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Medir y cortar las laminas de drlwal | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su sitio de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos o especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificación según código de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccionar los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el Trabajo

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION: X
- COPA
- DOBLE
- OTRO:





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR:
- PARA SOLDAR
- OTRO:



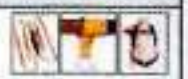
**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO: X
- DELANTAL CARNAZA:
- PETO CARNAZA
- OTROS:





**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- GAFACORTE
- OTRO:





**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Alberto Alvarez S. | 1049941257 | Ayu | |
| | 7875578 | | |

**Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | | REVISO SST | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: Andres Felipe Cantor M. | Andres Felipe Cantor M. | NOMBRE: GINNA MARDELA GONZÁLEZ | |

| Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Inspector de obra) | |
|---|---|
| NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ | FIRMA |

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Codigo: SG-FO-033<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | Jardin infantil nueva esperanza | FECHA ELABORACIÓ | 20/01/2025 al 25/01/2025 |
| LABOR A EJECUTAR | desistalación y desmonte de cielo rasos | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | taladro inalambrico, pierta circular, taladro truper | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| DESMONTAJE DE LAMINAS DE DRIWALL | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio, identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas.<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Medir y cortar las laminas de driwal | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilacion indirecta, proteccion respiratoria, ducha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Generación de residuos solidos peligrosos o especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificacion segun codigo de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos. |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo.

**GUANTES**
- VAQUETA ☐
- NITRILO ☐
- HILAZA ☐
- SOLDADOR ☐
- DIELECTRICOS ☐
- OTRO ☐



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION ☐
- COPA ☐
- DOBLE ☐
- OTRO ☐





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR ☐
- PARA SOLDAR ☐
- OTRO ☐



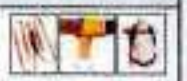
**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO ☐
- DELANTAL CARNAZA ☐
- PETO CARNAZA ☐
- OTROS ☐





**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES ☐
- MONOGAFAS ☐
- CINCORTE ☐
- OTRO ☐





**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | AYUDANTE | |
| Dover Carvajal | 9272.337 | Oficial | |

**Supervisó el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

**V.B. Ingeniero de obra o proyecto**

NOMBRE: Andres Felipe Castro M. | Andres Felipe Castro M.

**REVISO SST**

NOMBRE GINNA MARCELA GONZÁLEZ

**Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Inspector de obra)**

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ | FECHA

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-033<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | ANCIANATO DE BELLO HORIZONTE | **FECHA ELABORACIÓ** | **20/01/2025 al 25/01/2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | ENCERRAMIENTO, DESMONTE DE VENTANAS Y DESCAPOTE PARA ZAPATA | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | INSTALAR PERFILERIA, PINTAR LAS CERCHAS Y SOLDAR LA PERFILERIA | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐
TRABAJOS EN CALIENTE ☒ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO: CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| DEMOLICIÓN O DESCAPOTE DE PISO PARA ZAPATA | Atrapamiento movilización de elementos, cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas. y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos mas cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo, identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CIMENTACIÓN DE ZAPATA | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Golpes | Heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas. Percatarse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas, para evitar ser golpeados por las mismas. Usar EPP como gafas antigolpes, careta, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramientas de golpe. |
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas, laceraciones, amputaciones, hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo. Identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Trabajos con exposición a ruido | Cansancio, disminución de la capacidad auditiva, Perturbación del sueño y descanso, Estrés, Fatiga, pérdida, depresión. | Identifique las fuentes de ruido y evalúe su aislamiento y amortiguamiento. Verifique la existencia de mediciones (sonometrías o dosimetrías) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes. Tapones de inserción o de copa. O doble protección auditiva dependiendo la tarea o tiempo de exposición. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, incendios o explosiones. | Aislar, polvo, Ventilar, usar EPP. |
| | Exposición a radiaciones | Quemaduras cutáneas o síndrome de irradiación aguda, cáncer | Aislar fuente. Medir distancia del personal. Limitar tiempo de exposición. EPP. Radiaciones no ionizantes UV e IR. Utilizar careta de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv. |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo:

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO:





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CARGO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- CINCORTE
- OTRO:





Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar todas las precauciones identificadas.

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Edgardo Arroyo | 1776[illegible] | ayudante | |
| Alfonso Muñoz | 7675915 | Aux | |
| Johan Chaves | 1061[illegible]885 | Aux | |
| Carlos [illegible] | 104[illegible]3162 | Aux | |
| Andres Felipe Cantor H. | 1106593559 | Residente de Obra | Andres Felipe Cantor H. |
| Jaider Alvarez | 1030986[illegible]03 | Oficial | |

Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS)

V.B. Ingeniero de obra o proyecto

NOMBRE: Andres Felipe Cantor H. | Andres Felipe Cantor H.

REVISO SST

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Ingeniero de obra)

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-033<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | **CDI PARA ADULTOS SAN DAVID** | **FECHA ELABORACION** | **26 DE ENERO 2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | CAMBIO DE DOS LUMINARIAS E INSTALACIÓN DE 4 PUNOS ELECTRICOS | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | HERRAMIENTA MANUAL Y TALADROS | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO . CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| **VERIFICACIÓN INICIAL** | Accidente de transito por desplazamientos a pie | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas, amputaciones, trastornos,muerte | Trasládese con precaución y camine por la derecha o segun el sentido necesario de modo que vea a los vehículos aproximarse de frente, al doblar esquinas haga el verifique el flujo vehicular o peatonal que se encuentra en el área, respete las señales de transito utilice, los senderos peatonales. Respete zonas de exclusi |
| **CAMBIO DE DOS LUMINARIAS** | Arco Eléctrico | Quemaduras hasta grado 4, heridas y contusiones, lesiones oculares hasta seguera | Posibles causas: Malos contactos, cortocircuitos, aperturas de interruptores con carga, apertura o cierre de seccionadores y en procesos de soldadura con eléctrico<br>Medida Preventiva: Utilizar materiales envolventes resistentes a los arcos, mantener una distancia de seguridad,usar elementos de protección dialectricos y algodon de acuerdo al tipo de trabajo a realizar. |
| | Atrapamiento por equipo o piezas en movimiento | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas, amputaciones | Verificar que las equipos esten en buenas condiciones de uso. Los equipos con piezas moviles tengan las respectivas protecciones o guardas de seguridad adicional si los equipos cuentan con paradas de emergencias identificarlas. Tener conocimiento del equipo que se vaya a utilizar (Esmeril, torno, pulidora, utilizar esbeirmadoras o partes de estas para guiar una carga izada. |
| | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las r punto de golpe o contacto de la herramienta |
| | Caída de distinto nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas,traumas en cabeza, muerte | Usar arnes y anclarse de la eslinga a una linea de vida o punto de anclaje previamente definido. (No utilizar el andamio como estructura para anclarse). (N el andamio como estructura para anclarse)<br>Realizar el uso de escaleras y pasarelas aprobadas para trabajos a menos de 1.50 que puedan generar riesgo de caida.<br>Autocuidado, verificar estado de escalera, asegurar correctamente la escalera., Mantener en la medida de lo posible los tres puntos de apoyo, revisión de c uso de las escleras. |
| | Contacto directo con electricidad | Quemaduras, Caidas o | Medidas de prevención: Distancias de seguridad, interposición de obstaculos, aislamiento o recubrimiento e partes activas, utilización de interruptores dife uso de los elementos de protección personal, puesta a Tierra, probar ausencia de tensión |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **INSTALACIÓN DE 4 PUNTOS ELECTRICOS** | Contacto indirecto con electricidad | golpes ,arco eléctrico, incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte | Medidas de prevención: Separación de circuitos, distancia de seguridad, conexiones equipotenciales, sistemas de puesta a tierra, interruptores , prevención movilización de estructuras, diferenciales, mantenimiento preventivo y correctivo |
| | Cortocircuito | | Medidas de prevención: Interruptores automáticos con dispositivos de disparo de máxima corriente o cortacircuitos fusibles. Aislamiento de cables, revisión estado de las conexiones y mantener protegido los equipos, tableros y extensiones eléctricas del contacto con agua. |
| | Electrocución por trabajo sin tensión | Quemaduras, Caídas o golpes ,arco eléctrico, incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte | Aplicar las 5 reglas de oro para trabajos eléctricos 1. Abrir el Circuito, 2. bloquear y etiquetar, 3. Verificar ausencia de tensión, 4. Colocar puesta a tierra, 5. la zona de trabajo. Utilizar botas, casco, y guantes dieléctricos. Seguir procedimiento LOTO. Únicamente técnicos eléctricos certificados podrán realizar tr con riesgo eléctrico. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares asma agravada, función pulmonar reducida irritación en las vías | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, cagoche o monja para trabajos con fibra de vidrio. identifique el lavajos más cercano en caso un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias. | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas . Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertrechos para ejecutar la tarea. |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo.

**GUANTES**
- CHAQUETA
- NITRILO
- MALLAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO:



**BOTAS**
- PUNTERA DE TEFLON
- PUNTERA DE ACERO
- BOTAS DE CAUCHO
- BOTAS DIELECTRICAS
- OTRO:



**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CABO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS

**PROTECCION RESPIRATORIA**
- RESPIRADOR DESECHABLE
- CARTUCHOS
- EQUIPO DE AUTOCONTENIDO
- OTRO:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- GIBCORTE
- OTRO:



**PROTECCION CONTRA CAIDAS A DIFERENTE NIVEL**
- ARNES DE CUERPO ENTERO
- ABSORBEDOR DE IMPACTO
- LINEA DE VIDA
- OTRO:



**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar l precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| Apolinar Gonzalez | 11 192 423 | Maestro | |

**Supervisaré el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS) .**

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | | REVISO SST | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: ANDRES CANTOR | Andres Felipe Cantor | NOMBRE: GINNA MARCELA GONZALEZ F. | |
| **Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro ,Jefe de turno, Inspector de obra)** | | | |
| NOMBRE: | | | |

| INTERVECOP | INTERVERCOP S.A.S<br>ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS) | Codigo: SG-FO-080<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO | JARDIN INFANTIL BAMORE | FECHA ELABORACION | 25/01/2025 AL 26 DE ENERO |
| LABOR A EJECUTAR | INSTALACIÓN DE LUMINARIAS EN BAÑOS ,PASILLO Y COMEDOR | | |
| HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR | HERRAMIENTA MANUAL Y TALADROS | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| IZAJE | | TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS | | ESPACIOS CONFINADOS | |
| TRABAJOS EN CALIENTE | | TRABAJOS EN ALTURA | | EXCAVACIONES | OTRO ; CUAL? |

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros.

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| VERIFICACIÓN INICIAL | Accidente de transito por desplazamientos a pie | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas, amputaciones, trastornos,muerte | Trasládese con precaución y camine por la derecha o segun el sentido necesario de modo que vea a los vehículos aproximarse de frente, al cruzar esquinas hag verifique el flujo vehicular o peatonal que se encuentre en el área, respete las señales de transito viales. Use senderos peatonales. Respete zonas de esc |
| Instalación de luminarias | Arco Eléctrico | Quemaduras hasta grado 4 ,heridas y contusiones, lesiones oculares hasta ceguera. | Posibles causas: Malos contactos, cortocircuitos, aperturas de interruptores con carga, apertura o cierre de seccionadores y en procesos de soldadura eléctrico.<br>Medida Preventiva: Utilizar materiales envolventes resistentes a los arcos, mantener una distancia de seguridad,usar elementos de protección dieléctrico algodon de acuerdo al tipo de trabajo a realizar. |
| | Atrapamiento por equipo o piezas en movimiento | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas, amputaciones | Verificar que los equipos esten en buenas condiciones de uso. Los equipos con piezas moviles tengan las respectivas protecciones o guardas de segur adicional si los equipos cuentas con paradas de emergencias identificarlas. Tener conocimiento del equipo que se vaya a utilizar (Esmeril, torno, pulido utilizar extremidades o partes de estos para guiar una carga izada. |
| | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que el hacı movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer l punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caida de distinto nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, lesiones, esguinces, fracturas,traumas en cabeza, muerte | Usar arnes y anclarse de la eslinga a una linea de vida o punto de anclaje previamente definido. (No utilizar el andamio como estructura para anclarse). el andamio como estructura para anclarse).<br>Realizar el uso de escaleras y pesarelas aprobadas para trabajos a menos de 1.50 que puedan generar riesgo de caida.<br>Autocuidado, verificar estado de escalera, asegurar correctamente la escalera. , Mantener en la medida de lo posible los tres puntos de apoyo, revisión aseo de las escleras. |
| | Contacto directo con electricidad | Quemaduras, Caidas o golpes ,arco eléctrico. Incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte. | Medidas de prevención: Distancias de seguridad, Interposición de obstaculos, aislamiento o recubrimiento a partes activas, utilización de interruptores uso de los elementos de protección personal, puesta a tierra, probar ausencia de tensión. |
| | Contacto indirecto con electricidad | | Medidas de prevención: Separación de circuitos, distancia de seguridad, conexiones equipotenciales, sistemas de puesta a tierra, interruptores , prever movilización de estructuras, diferenciales, mantenimiento preventivo y correctivo. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **INSTALACIÓN DE PUNTO ELECTRICO:** | Contacto indirecto con electricidad | golpes ,arco eléctrico. Incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte. | Medidas de prevención: Separación de circuitos, distancia de seguridad, conexiones equipotenciales, sistemas de puesta a tierra, interruptores , prevenció movilización de estructuras, diferenciales, mantenimiento preventivo y correctivo. |
| | Cortocircuito | | Medidas de prevención: interruptores automáticos con dispositivos de disparo de máxima corriente o cortocircuitos fusibles. Aislamiento de cables, revisión estado de las conexiones y mantener protegido los equipos, tableros y extensiones electricas del contacto con agua. |
| | Electrocución por trabajo sin tensión | Quemaduras, Caidas o golpes ,arco eléctrico. Incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte. | Aplicar las 5 reglas de oro para trabajos eléctricos 1. Abrir el Circuito, 2. bloquear y etiquetar, 3. Verificar ausencia de tensión, 4. Colocar puesta a tierra, 5. la zona de trabajo. Utilizar botas, casco, y guantes dieléctricos. Seguir procedimiento LOTO. Únicamente técnicos eléctricos certificados podrán realizar tra con riesgo eléctrico. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares. asma agravada. función pulmonar reducida. irritación en las vías | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: rumos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, cajucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragia s. | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicac Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el Trabajo.

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO



**BOTAS**
- PUNTERA DE TEFLON
- PUNTERA DE ACERO
- BOTAS DE CAUCHO
- BOTAS DIELECTRICAS
- OTRO:



**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:

**PROTECCION RESPIRATORIA**
- RESPIRADOR DESECHABLE
- CARTUCHOS
- EQUIPO DE AUTOCONTENIDO
- OTRO:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- OXICORTE
- OTRO:



**PROTECCION CONTRA CAIDAS A DIFERENTE NIVEL**
- ARNES DE CUERPO ENTERO
- ABSORBEDOR DE IMPACTO
- LINEA DE VIDA
- OTRO:



**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar l precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Adolfo Gonzalez | 11176423 | Maestro | |

**Supervisaré el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | | REVISO SST | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: ANDRES CANTOR | Andres Felipe Cantor | NOMBRE: GINNA MARCELA GONZALEZ F. | |
| **Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro,Jefe de turno, Inspector de obra)** | | | |
| NOMBRE: | | | |

| | | |
|---|---|---|
| INTERVERCOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-030<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | Jardín Bello Horizonte | **FECHA ELABORACION:** | **01 DE FEBRERO AL 03 DE FEBRERO 2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | INSTALACIÓN DE PUNTO ELECTRICO, INSTALACIÓN DE LUMINARIAS Y REFLECTORES | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | HERRAMIENTA MANUAL Y TALADROS | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO ¿CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| VERIFICACIÓN INICIAL | Accidente de transito por desplazamientos a pie | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas, amputaciones, traumas,muerte | Trasládese con precaución y camine por la derecha o segun el sentido necesario de modo que vea a los vehículos aproximarse de frente, al doblar esquinas haga un verifique el flujo vehicular o peatonal que se encuentre en el área, respete las señales de transito utilice los senderos peatonales. Respete zonas de exclusi |
| INSTALACIÓN DE LUMINARIAS Y REFLECTORES | Arco Eléctrico | Quemaduras hasta grado 4, heridas y contusiones, lesiones oculares hasta seguera | Posibles causas: Malos contactos, cortocircuitos, aperturas de interruptores con carga, apertura o cierre de seccionadores y en proceso de soldadura con electrico.<br>Medida Preventiva: Utilizar materiales envolvente resistentes a los arcos, mantener una distancia de seguridad,usar elementos de protección dielectricos y algodon de acuerdo al tipo de trabajo a realizar. |
| | Atrapamiento por equipo o piezas en movimiento | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas, amputaciones | Verificar que los equipos esten en buenes condiciones de uso. Los equipos con piezas moviles tengan las respectivas protecciones o guardas de seguridad adicional si los equipos cuentas con paradas de emergencias identificarlas. Tener conocimiento del equipo que se vaya a utilizar (Esmeril, torno, pulidora, utilizar esterminadas o partes de estas para guiar una carga izada. |
| | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas, y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstaculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las r punto de golpe o contato de la herramienta. |
| | Caída de distinto nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas,traumas en cabeza, muerte | Use arnes y anclarse de la eslinga a una linea de vida o punto de anclaje previamente definido. (No utilizar el andamio como estructura para anclarse). (N el andamio como estructura para anclarse)<br>Realizar el uso de escaleras y pasarelas aprobadas para trabajos a menos de 1.50 que puedan generer riesgo de caida.<br>Autocuidado, verificar estado de escalera, asegurar correctamente la escalera., Mantener en la medida de lo posible los tres puntos de apoyo, revisión de c uso de las escaleras. |
| | Contacto directo con electricidad | Quemaduras, Caidas o | Medidas de prevención: Distancias de seguridad, interposición de obstaculos, aislamiento o recubrimiento e partes activas, utilización de interruptores dife uso de los elementos de protección personal, puesta a tierra, probar ausencia de tensión. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo.

**GUANTES**

- VAQUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**

- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO:



**BOTAS**

- PUNTERA DE TEFLON
- PUNTERA DE ACERO
- BOTAS DE CAUCHO
- BOTAS DIELECTRICAS
- OTRO:



**PROTECCION FACIAL**

- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**

- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:

**PROTECCION RESPIRATORIA**

- RESPIRADOR DESECHABLE
- CARTUCHOS
- EQUIPO DE AUTOCONTENIDO
- OTRO:



**PROTECCION VISUAL**

- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- CHIPCORTE
- OTRO:



**PROTECCION CONTRA CAIDAS A DIFERENTE NIVEL**

- ARNES DE CUERPO ENTERO
- ABSORBEDOR DE IMPACTO
- LINEA DE VIDA
- OTRO:



**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplic precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadania | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| Ardimar Gonzalez | 1117543 | Maestro | |

**Supervisaré el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | | REVISO SST | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: ANDRES CANTOR | Andres Felipe Cantor | NOMBRE: GINNA MARCELA GONZALEZ F. | |

| Cuando aplique V.B. Lider ejecutante (Capataz, Maestro,Jefe de turno, Inspector de obra) | |
|---|---|
| NOMBRE: | |

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SO-FO-033<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | **CDS JULIO CESAR SANCHEZ** | **FECHA ELABORACION:** | **03 DE FEBRERO AL 07 FEBRERO 2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | INSTALACIÓN DE 4 SALIDAS DE LUMINARIAS E INTALACIÓN DE 4 LUMINARIAS | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | HERRAMIENTA MANUAL Y TALADROS | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO - CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| **VERIFICACIÓN INICIAL** | Accidente de transito por desplazamientos a pie | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laseraciones, roturas, amputaciones, trastornos,muerte | Trasládese con precaución y camine por la derecha o segun el sentido necesario de modo que vea a los vehiculos aproximarse de frente, al doblar esquinas fíjese verifique el flujo vehicular o peatonal que se encuentre en el área, respete las señales de tránsito utilice los senderos peatonales. Respete zonas de exclusi |
| **CAMBIO DE DOS LUMINARIAS** | Arco Eléctrico | Quemaduras hasta grado 4 ,heridas y contusiones, lesiones oculares hasta ceguera | Posibles causas: Malos contactos, cortocircuitos, aperturas de interruptores con carga, apertura o cierre de seccionadores y en procesos de soldadura con eléctrico<br>Medida Preventiva: Utilizar materiales envolventes resistentes a los arcos, mantener una distancia de seguridad,usar elementos de protección dieléctricos y algodon de acuerdo al tipo de trabajo a realizar |
| | Atrapamiento por equipo o piezas en movimiento | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laseraciones, roturas, amputaciones | Verificar que los equipos esten en buenas condiciones de uso. Los equipos con piezas moviles tengan las respectivas protecciones o guardas de seguridad adicional si los equipos cuentes con paradas de emergencias identificarles. Tener conocimiento del equipo que se vaya a utilizar (Elemeril, torno, pulidora, utilizar extremidades o partes de estas para guiar una carga izada. |
| | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laseraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas necesarias y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las p punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caída de distinto nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, laceraduras, luxaciones, esguinces, fracturas,traumas en cabeza, muerte | Usar,amee y anclarse de la eslinga a una línea de vida o punto de anclaje previamente definido. (No utilizar el andamio como estructura para anclarse). (N el andamio como estructura para anclarse)<br>Realizar el uso de escaleras y pasarelas aprobadas para trabajos a menos de 1,50 que puedan generar riesgo de caída.<br>Autocuidado, verificar estado de escalera, asegurar correctamente la escalera. Mantener en la medida de lo posible los tres puntos de apoyo, revisión de o pasos de las escleras. |
| | Contacto directo con electricidad | Quemaduras, Caídas,o | Medidas de prevención: Distancias de seguridad, interposición de obstaculos, aislamiento o recubrimiento o partes activas, utilización de interruptores dife uso de los elementos de protección personal, puesta a tierra, probar ausencia de tensión |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **INSTALACIÓN DE 4 PUNTOS ELECTRICOS** | Contacto indirecto con electricidad | golpes ,arco eléctrico incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte | Medidas de prevención: Separación de circuitos, distancia de seguridad, conexiones equipotenciales, sistemas de puesta a tierra, interruptores , prevención movilización de estructuras, diferenciales, mantenimiento preventivo y correctivo. |
| | Contocircuito | | Medidas de prevención: Interruptores automáticos con dispositivos de disparo de máxima corriente o cortacircuitos fusibles. Aislamiento de cables, revisión estado de las conexiones y mantener protegido los equipos, tableros y extensiones electricas del contacto con agua. |
| | Electrocución por trabajo sin tensión | Quemaduras, Caidas o golpes ,arco eléctrico incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte. | Aplicar las 5 reglas de oro para trabajos eléctricos 1. Abrir el Circuito, 2. bloquear y etiquetar, 3. Verificar ausencia de tensión, 4. Colocar puesta a tierra 5. la zona de trabajo. Utilizar botas, casco, y guantes dieléctricos. Seguir procedimiento LOTO. Únicamente técnicos eléctricos certificados podrán realizar tr con riesgo electrico. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las Vías | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o manja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| | Manipulación de herramientas corto punzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias. | Al Utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicac Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas . Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS**

Selecciona los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo:

**GUANTES**
- CAUCHO
- NITRILO
- MALLAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO



**BOTAS**
- PUNTERA DE TEFLON
- PUNTERA DE ACERO
- BOTAS DE CAUCHO
- BOTAS DIELECTRICAS
- OTRO:



**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:

**PROTECCION RESPIRATORIA**
- RESPIRADOR DESECHABLE
- CARTUCHOS
- EQUIPO DE AUTOCONTENIDO
- OTRO:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- GOGGLES
- OTRO



**PROTECCION CONTRA CAIDAS A DIFERENTE NIVEL**
- ARNES DE CUERPO ENTERO
- ABSORBEDOR DE IMPACTO
- LINEA DE VIDA
- OTRO:



**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar l precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadania | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| Apolinar Gonzalez | 11 172 423 | Asesor | |

Supervisare el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS) .

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | | REVISO SST | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: ANDRES CANTOR | Andres Felipe Cantor | NOMBRE: GINNA MARCELA GONZALEZ F. | |

| Cuando aplique V.B. Lider ejecutante (Capataz, Maestro,Jefe de turno, Inspector de obra) | |
|---|---|
| NOMBRE: | |

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SO-FO-033<br>Versión:01<br>Fecha: 17/05/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | CDS ADULTO MAYOR PALABRAS MAYORES | **FECHA ELABORACION.** | 5-feb-25 |
| **LABOR A EJECUTAR** | INSTALACIÓN DE 24 LUMINARIAS | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | HERRAMIENTA MANUAL Y TALADROS | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| IZAJE | ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS | ESPACIOS CONFINADOS | ☐ |
| TRABAJOS EN CALIENTE | ☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐ | EXCAVACIONES | ☐ OTRO - CUAL? |

En caso de que el trabajo emplique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| VERIFICACIÓN INICIAL | Accidente de transito por desplazamientos a pie | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, lesiones,roturas, amputaciones, trastornos,muerte | Trasládese con precaución y camine por la derecha o segun el sentido necesario de modo que vea a los vehículos aproximarse de frente, al doblar esquinas hagalo verifique el flujo vehicular o peatonal que se encuentre en el área, respete las señales de transito utilice, los senderos peatonales. Respete zonas de exclusi |
| CAMBIO DE DOS LUMINARIAS | Arco Eléctrico | Quemaduras hasta grado 4 ,heridas y contusiones, lesiones oculares hasta ceguera | Posibles causas: Malos contactos, cortocircuitos, aperturas de interruptores con carga, apertura o cierre de seccionadores y en procesos de soldadura con eléctrico.<br>Medida Preventiva: Utilizar materiales envolventes resistentes a los arcos, mantener una distancia de seguridad,usar elementos de protección dieléctricos y algodon de acuerdo al tipo de trabajo a realizar. |
| | Atrapamiento por equipo o piezas en movimiento | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, lesiones,roturas, amputaciones | Verificar que los equipos esten en buenas condiciones de uso. Los equipos con piezas moviles tengan las respectivas protecciones o guardas de seguridad adicional si los equipos cuentas con paradas de emergencia,se identificarlas. Tener conocimiento del equipo que se vaya a utilizar (Elemeri, torno, pulidora, utilizar extremidades o partes de estas para guiar una carga izada. |
| | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, lesiones,roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos, que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las r punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caída de distinto nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas,traumas en cabeza, muerte | Usar arnes y sincrone de la eslinga a una linea de vida o punto de anclaje previamente definido. (No utilizar el andamio como estructura para anclarse). (N el andamio como estructura para anclarse).<br>Realizar el uso de escaleras y pasarelas aprobadas para trabajos a menos de 1.50 que puedan generar riesgo de caida.<br>Autocuidado, verificar estado de escalera, asegurar correctamente la escalera., Mantener en la medida de lo posible los tres puntos de apoyo, tensión de c aseo de las escleras. |
| | Contacto directo con electricidad | Quemaduras, Caidas o | Medidas de prevención: Distancias de seguridad, interposición de obstáculos, aislamiento o recubrimiento e partes activas, utilización de interruptores dife uso de los elementos de protección personal, puesta a tierra, probar ausencia de tensión. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **INSTALACIÓN DE 6 PUNTOS ELECTRICOS** | Contacto indirecto con electricidad | golpes ,arco eléctrico incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte | Medidas de prevención: Separación de circuitos, distancia de seguridad, conexiones equipotenciales, sistemas de puesta a tierra, interruptores , preventivo movilización de estructuras, diferenciales, mantenimiento preventivo y correctivo. |
| | Cortocircuito | | Medidas de prevención: Interruptores automáticos con dispositivos de disparo de máxima corriente o cortocircuitos fusibles. Aislamiento de cables, revisión estado de las conexiones y mantener protegido los equipos, tableros y extensiones electricas del contacto con agua. |
| | Electrocución por trabajo sin tensión | Quemaduras, Caídas o golpes ,arco eléctrico incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte | Aplicar las 5 reglas de oro para trabajos eléctricos 1. Abrir el Circuito, 2. bloquear y etiquetar, 3. Verificar ausencia de tensión, 4. Colocar puesta a tierra, 5. la zona de trabajo. Utilizar botas, casco, y guantes dieléctricos. Seguir procedimiento LOTO. Únicamente técnicos eléctricos certificados podrán realizar tra con riesgo eléctrico. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada función pulmonar reducida irritación en las vías | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los como son: gafas con ventilación indirecta ,protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragia s. | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicac Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas . Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo.

**GUANTES**
- VAQUETA ☐
- NITRILO ☐
- HILAZA ☐
- SOLDADOR ☐
- DIELECTRICOS ☐
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION ☐
- COPA ☐
- DOBLE ☐
- OTRO:



**BOTAS**
- PUNTERA DE TEFLON ☐
- PUNTERA DE ACERO ☐
- BOTAS DE CAUCHO ☐
- BOTAS DIELECTRICAS ☐
- OTRO:



**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR ☐
- PARA SOLDAR ☐
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO ☐
- DELANTAL CARNAZA ☐
- PETO CARNAZA ☐
- OTROS:

**PROTECCION RESPIRATORIA**
- RESPIRADOR DESECHABLE ☐
- CARTUCHOS ☐
- EQUIPO DE AUTOCONTENIDO ☐
- OTRO:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES ☐
- MONOGAFAS ☐
- DISCORTE ☐
- OTRO:



**PROTECCION CONTRA CAIDAS A DIFERENTE NIVEL**
- ARNES DE CUERPO ENTERO ☐
- ABSORBEDOR DE IMPACTO ☐
- LINEA DE VIDA ☐
- OTRO:



**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo, Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligación de aplicar l precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Aplinar Gonzalez | 1172423 | Maestro | |

**Supervisaré el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | REVISO SST |
|---|---|
| NOMBRE: ANDRES CANTOR | NOMBRE: GINNA MARCELA GONZALEZ F. |

| Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro,Jefe de turno, Inspector de obra) | |
|---|---|
| NOMBRE: | |

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SO-FO-008<br>Version: 01<br>Fecha: 17/05/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | Jardin Bello Horizonte | **FECHA ELABORACION:** | **07 DE FEBRERO AL 10 DE FEBRERO 2026** |
| **LABOR A EJECUTAR** | INSTALACIÓN DE PUNTO ELECTRICO , INSTALACIÓN DE LUMINARIAS Y REFLECTORES | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | HERRAMIENTA MANUAL Y TALADROS | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO : CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros.

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| **VERIFICACIÓN INICIAL** | Accidente de transito por desplazamientos a pie | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas, amputaciones, trastornos,muerte | Trasládese con precaución y camine por la derecha o según el sentido necesario de modo que vea a los vehículos aproximarse de frente, al doblar esquinas haga si verifique el flujo vehicular o peatonal que se encuentre en el área, respete las señales de transito utilice los senderos peatonales. Respete zonas de exclusi |
| **INSTALACIÓN DE LUMINARIAS Y REFLECTORES** | Arco Eléctrico | Quemaduras hasta grado d, heridas y contusiones, lesiones oculares hasta seguere | Posibles causas: Malos contactos, cortocircuitos, aperturas de interruptores con carga, apertura o cierre de seccionadores y en procesos de soldadura con eléctrico.<br>Medida Preventiva: Utilizar materiales envolventes resistentes a los arcos, mantener una distancia de seguridad asi elementos de protección dieléctricos y algodon de acuerdo al tipo de trabajo a realizar. |
| | Atrapamiento por equipo o piezas en movimiento | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas, amputaciones | Verificar que los equipos estén en buenas condiciones de uso. Los equipos con piezas moviles tengan las respectivas protecciones o guardas de seguridad adicional si los equipos cuentas con paradas de emergencias identificarlas. Tener conocimiento del equipo que se vaya a utilizar (Esmeril, torno, pulidora, utilizar estorninadas o partes de estas para guiar una carga izada. |
| | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que pueden ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer los r punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caída de distinto nivel | Heridas, contusiones, hoadoras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas,traumas en cabeza, muerte | Usar arnes y anclarse de la eslinga a una linea de vida o punto de anclaje previamente definido. (No utilizar el andamio como estructura para anclarse). (N el andamio como estructura para anclarse).<br>Realizar el uso de escaleras y pasarelas aprobadas para trabajos a menos de 1.50 que puedan generar riesgo de caida.<br>Autocuidado, verificar estado de escalera, asegurar correctamente la escalera , Mantener en la medida de lo posible los tres puntos de apoyo, revisión de c peso de las escleras. |
| | Contacto directo con electricidad | Quemaduras, Caidas o | Medidas de prevención: Distancias de seguridad, interposición de obstaculos, aislamiento o recubrimiento e partes activas, utilización de interruptores dife uso de los elementos de protección personal, puesta a tierra, probar ausencia de tensión. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **INSTALACIÓN DE PUNTO ELECTRICO** | Contacto indirecto con electricidad | golpes ,arco eléctrico, Incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte. | Medidas de prevención: Separación de circuitos, distancia de seguridad, conexiones equipotenciales, sistemas de puesta a tierra, interruptores , prevenció movilización de estructuras, diferenciales, mantenimiento preventivo y correctivo. |
| | Contacto directo | | Medidas de prevención: Interruptores automáticos con dispositivos de disparo de máxima corriente o cortacircuitos fusibles. Aislamiento de cables, revisión estado de las conexiones y mantener protegidos los equipos, tableros y soberones eléctricos del contacto con agua. |
| | Electrocución por trabajo sin tensión | Quemaduras, Caídas o golpes ,arco eléctrico, Incendios o explosiones , fibrilación ventricular y la muerte. | Aplicar las 5 reglas de oro para trabajos eléctricos 1. Abrir el Circuito, 2. bloquear y etiquetar, 3. Verificar ausencia de tensión, 4. Colocar puesta a tierra 5. la zona de trabajo. Utilizar botas, casco, y guantes dieléctricos. Seguir procedimiento LOTO. Únicamente técnicos electricos certificados podrán realizar tr con riesgo eléctrico. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capuchón o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano er caso un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragia s. | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubica Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |

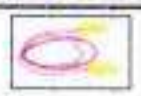
**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo.

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO



**BOTAS**
- PUNTERA DE TEFLON
- PUNTERA DE ACERO
- BOTAS DE CAUCHO
- BOTAS DIELECTRICAS
- OTRO:



**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:

**PROTECCION RESPIRATORIA**
- RESPIRADOR DESECHABLE
- CARTUCHOS
- EQUIPO DE AUTOCONTENIDO
- OTRO:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- CINCORTE
- OTRO



**PROTECCION CONTRA CAIDAS A DIFERENTE NIVEL**
- ARNES DE CUERPO ENTERO
- ABSORBEDOR DE IMPACTO
- LINEA DE VIDA
- OTRO:



**Los abajo firmados declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo, Se evaluación y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar l precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadania | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Apolinar Gonzalez | 1117124123 | Auxiliar | |

**Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS) .**

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | | REVISO SST | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: ANDRES CANTOR | Andres Felipe Cantor | NOMBRE: GINNA MARCELA GONZALEZ F. | |
| **Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro,Jefe de turno, Inspector de obra)** | | | |
| NOMBRE: | | | |

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-039<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | Jardin Infantil San Blas | **FECHA ELABORACIÓ** | **10/02/2025 al 16/02/2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | RETIRO DE TEJA DE BARRO PARA CAMBIO DE CUBIERTA DISPOSICIÓN DE RCD A CEMEX | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | ESPATULA | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☐ TRABAJOS EN ALTURA ■ EXCAVACIONES ☐ OTRO CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | DONSECUENCIAS | | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| RETIRO DE TEJA EN BARRO | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes/fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, cortes | | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | | Verificar que las piezas que se iran estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, funcion pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| **ACTIVIDADES** | **PELIGROS** | **CONSECUENCIA** | | **MEDIDAS PREVENTIVAS** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LIMPIEZA Y ACOPIO EN LONA | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo, identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en bun estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, esguinces | Verificar que las piezas que se van a izar estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y cerciorarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos o especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificacion segun codigo de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos |

**ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo

**GUANTES**
- VAQUETA: ☑
- NITRILO:
- HILAZA:
- SOLDADOR:
- DIELECTRICOS:
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION: ☑
- COPA:
- DOBLE:
- OTRO:





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR:
- PARA SOLDAR:
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO: ✓
- DELANTAL CARNAZA:
- PETO CARNAZA:
- OTROS:





**PROTECCION VISUAL**
- ANTIEQUPES:
- MONOGAFAS: ☑
- GIGANTE:
- OTRO:





**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadania | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Alfonso Moñoz | 7673915 | AUX | |
| Luis Ropero | 1079886738 | AUX | |

**Supervisaré el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS) .**

| V.B. Ingeniero de obra o proyecto | | REVISO SST | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: AANDRES CANTOR | Andres Felipe Cantor | NOMBRE:GINNA MARCELA GONZÁLEZ | |

| Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro,Jefe de tarea, Inspector de obra) | |
|---|---|
| NOMBRE: Adriana Gonzalez Ramirez | |

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-033<br>Version: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | **Jardin infantil oasis** | **FECHA ELABORACIÓ** | **10/02/2025 al 16/02/2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | INSTALACIÓN DE PERFILES PARA CAMBIO DE CUBIERTA, PINTURA EN PERRFILES Y DESMONTE DE CUBIERTA | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | taladro inalambrico, sierra circular, taladro duper | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☐ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO - CUAL?

En caso de que el trabajo involucre una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, quemaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| SOLDADURA DE PERFILES Y PINTURA | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes/fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, edema | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se van estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, quemaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monjo para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| **ACTIVIDADES** | **PELIGROS** | **CONSECUENCIA** | **MEDIDAS PREVENTIVAS** |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| REMATES DE MANPOSTERIA E INSTALACION DE VENTANAS NUEVAS | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemoragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo, identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estan en buen estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemoragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se van estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, torceduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Trabajos con exposición a ruido | Cefalea,Disminución de la capacidad auditiva, Perturbación del sueño y descanso,Estrés,Fatiga, neurosis, depresión | Identifique las fuentes de ruido y evalue su ostamiento y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (sonometrías o dosimetrías) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes, Tapaoido de inserción o de copa, O doble protección auditiva dependiendo la tarea o tiempo de exposición. |
| INSTALACIÓN DE TEJA TERMOACUSTICA | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemoragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; Identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas .<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rotaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Golpes | Heridas, hemoragias, contusiones, laceraciones | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas. Percatarse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas, para evitar se golpeados por las mismas. Usar EPP como gafas antigolpes, casco, casco y botas de seguridad. Manejo segura de herramientas de golpe. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, Incendios o explosiones | Aislar polvo. Ventilar, usar EPP. |
| RESANE DE PAREDES | Proyección de particulas | conjuntivitis aguda, pérdida de visión, rotura de la córneaContusiones | Utilizar EPP como proteccion visual, facial, peto, mangas entre otros. Utilizar las guardas de los equipos y herramientas. Identifique el lavaojos más cercano en caso de proyección de particula en ojo. |
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemoragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; Identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos esten en buen estado, tengan guardas .<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Exposición a químicos | Quemaduras, Incendios o explosiones | Aislar polvo. Ventilar, usar EPP. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos o especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificacion segun codigo de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| DESISTALACION DE TEJAS PARA CUBIERTA NUEVA | Manipulación de herramientas cotopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes,fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se izan están bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se estén subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, raspaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evita correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar. | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, particulas en suspension como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| | Generación de residuos sólidos peligrosos y especiales | contaminación del suelo y el aire | Realice su clasificacion segun codigo de color establecido en los contenedores adecuados, asegure las condiciones de almacenamiento establecidas, etiquete e identifique los residuos generados. No se pueden mezclar con residuos domésticos o industriales no peligrosos. |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el trabajo:

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO:





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO:

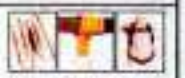


**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS:



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- CINCORTE
- OTRO





**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadania | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Luis esteban | 8088695 | Ayu | |
| Anderson Garrido | 30931205 | AVC | Garrido |
| SAMIR CARMONA | 1063855224 | Soldador | SAMIR C |

**Supervisará el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

**V.B. Ingeniero de obra o proyecto**

**NOMBRE:** Andres Feliz Cortes Padre Felipe Padre

**REVISO SST**

**NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ**

**Cuando aplique V.B. Lider ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Inspector de obra)**

**NOMBRE:**

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-030<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | **ANCIANATO DE BELLO HORIZONTE** | **FECHA ELABORACIÓ** | **10/02/2025 al 16/02/2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | FUNDICIÓN DE ZAPATA, ALISTADO PARA PISO | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | ROTOMARTILLO, PICO, PALA Y PULIDORA | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐

TRABAJOS EN CALIENTE ☒ TRABAJOS EN ALTURA ☐ EXCAVACIONES ☐ OTRO: CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de izaje acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| MEZCLA DE CEMENTO Y CIMENTACIÓN DE ZAPATAS | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes/fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas, y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se estén subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |

| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIA | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| | Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo; identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en bun estado, tengan guardas<br>Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| | Caída de cargas (piezas, materiales y herramientas) | Golpes/fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se estén subiendo o bajando, Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caída del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |

ALISTADO PARA EL PISO

| | | |
|---|---|---|
| Exposición a material particulado | Enfermedades pulmonares como agravarla función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para respirar | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a: humos, vapores, partículas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de caer un cuerpo extraño en el ojo. |
| Golpes | Heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones | Verificar ajuste de piezas en los equipos y buen estado de las herramientas de trabajo, al igual que las protecciones de las máquinas. Percatarse de posibles movimientos pendulares al momento de realizar izaje de cargas, para evitar ser golpeados por las mismas. Uso EPP como gafas antigolpes, casco y botas de seguridad. Manejo seguro de herramientas de golpe. |
| Manipulación de herramientas cortopunzantes | Heridas,laceraciones, ,amputaciones,hemorragias | Al utilizar herramientas cortantes, realice los cortes hacia fuera de tal manera que la herramienta no se dirija hacia el cuerpo. Identifique un lugar de ubicación. Verificar que las herramientas y equipos estén en buen estado, tengan guardas. Utilizar adecuadamente los EPP como guantes, gafas y otros pertinentes para ejecutar la tarea. |
| Trabajos con exposición a ruido | Cansancio,disminución de la capacidad auditiva, Perturbación del sueño y descanso Estrés,Fatiga, neurosis, depresión | Identifique las fuentes de ruido y evalúe su aislamiento y mantenimiento. Verifique la existencia de mediciones (sonometrías o dosimetrías) y sus recomendaciones. Use adecuadamente los EPP auditivos pertinentes. Tapones de inserción o de copa. O doble protección auditiva dependiendo la tarea o tiempo de exposición. |
| Exposición a químicos | Quemaduras, Incendios o explosiones. | Aislar, polvo. Ventilar, usar EPP. |
| Exposición a radiaciones | Quemaduras cutáneas o síndrome de irradiación aguda, cáncer | Aislar fuente. Medir distancia del personal. Limitar tiempo de exposición. EPP. Radiaciones no ionizantes UV e IR. Utilizar careta de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv. |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS**

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el Trabajo

**GUANTES**
- YAGUETA
- NITRILO
- HILAZA
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO:



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION: X
- COPA
- DOBLE
- OTRO:





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR:
- PARA SOLDAR
- OTRO:



**PROTECCION GENERAL**
- CASCO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL GARNAZA
- PETO GARNAZA
- OTROS:





**PROTECCION VISUAL**
- ANTIOCULPES
- MONOGAFAS X
- OBOCORTE
- OTRO:





Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar todas las precauciones Mencionadas.

| NOMBRE | Cedula de Ciudadanía | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Drover. Carrasquero M | 9.272.336 | Oficial | |
| Eduardo Araujo Reyes | 1176498924 | ayudante | |
| Yelis Talcomo M | 1031669561 | Ayudante | |
| Reg. Medrano | 1070809409 | oficial | |
| Ander | | | |

Supervisare el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo reghtradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).

V.B. Ingeniero de obra o proyecto

NOMBRE: Andres Felipe Cantor M. | Andres Felipe Cantor M.

Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Trabajador de obra)

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ

REVISO SST

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

| | | |
|---|---|---|
| INTERVECOP | **INTERVERCOP S.A.S**<br>**ANALISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)** | Codigo: SG-FO-020<br>Versión: 01<br>Fecha: 17/01/2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LOCALIZACIÓN O FRENTE DE TRABAJO** | Jardin infantil Esperanza Olivarez | **FECHA ELABORACIÓ** | **10/02/2025 al 15/02/2025** |
| **LABOR A EJECUTAR** | PINTURA DE PAREDES, INSTALACIÓN DE TEJA TERMOACUSTICA Y INTALACION DE VENTANAS NUEVAS | | |
| **HERRAMIENTAS Y EQUIPOS A UTILIZAR** | taladro inalambrico y herramientas manuales | | |

**TAREAS DE ALTO RIESGO**

IZAJE ☐ TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☒

TRABAJOS EN CALIENTE ☒ TRABAJOS EN ALTURA ☒ EXCAVACIONES ☐ OTRO, CUAL?

En caso de que el trabajo implique una tarea de alto riesgo favor anexar el permiso de trabajo de alto riesgo correspondiente o plan de trabajo acorde a los procedimientos seguros

**DESCRIPCION CONCEPTUAL**




| ACTIVIDADES | PELIGROS | CONSECUENCIAS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|---|
| Evaluación inicial | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| PINTAR EN PAREDES | Atrapamiento movilización de elementos cargas manuales | Golpes/fracturas, heridas, hemorragias, contusiones, laceraciones, roturas | Hacer uso apropiado de los elementos EPP, mover elementos o cargas teniendo en cuenta el peso y utilizar ayudas mecanicas y verificar que al hacer la movilización de los elementos, se encuentre libre de obstáculos que puedan ocasionar el atrapamiento de cualquier parte del cuerpo. Evitar exponer las manos al punto de golpe o contacto de la herramienta. |
| | Caida de cargas (piezas, materiales y herramientas) | | Verificar que las piezas que se izan estén bien aseguradas, no ubicarse debajo de las cargas mientras se están subiendo o bajando. Señalice y respete las zonas de exclusión, hacer uso del casco y gafas de seguridad, asegurar las herramientas en la parte alta del andamio y prevenir que estas caigan. |
| | Caida del mismo nivel | Heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, fracturas | Mantenga ordenado y aseado su lugar de trabajo. Verifique las condiciones del piso como nivelación, huecos, que este seco y limpio. Señalice las posibles condiciones. Evite correr y desplazarse con ambas manos ocupadas. |
| | Exposición a radiaciones | Quemaduras cutáneas o sindrome de intoxicación aguda, cáncer | Aislar fuente. Medir distancia del personal. Limitar tiempo de exposición. EPP. Radiaciones no ionizantes UV e IR. Utilizar careta de soldador, ayudantes de soldadura deben usar gafas con filtro especial. Para trabajos al aire libre usar gafas con filtro uv. |
| | Exposición a materiel particulado | Enfermedades pulmonares, asma agravada, función pulmonar reducida, irritación en las vías respiratorias, tos o dificultad para | Este riesgo incluye la exposición del trabajador a humos, vapores, particulas en suspensión como polvos y fibra de vidrio. Se recomienda hacer uso de los EPP como son: gafas con ventilación indirecta, protección respiratoria, capucha o monja para trabajos con fibra de vidrio. Identifique el lavaojos más cercano en caso de tener un cuerpo extraño en el ojo. |

## ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS

Seleccione los Elementos de Protección Personal necesarios para desarrollar el Trabajo:

**GUANTES**
- VAQUETA
- NITRILO
- SOLDADOR
- DIELECTRICOS
- OTRO



**PROTECCION AUDITIVA**
- INSERCION
- COPA
- DOBLE
- OTRO:





**PROTECCION FACIAL**
- PARA ESMERILAR
- PARA SOLDAR
- OTRO



**PROTECCION GENERAL**
- CABOO CON BARBUQUEJO
- DELANTAL CARNAZA
- PETO CARNAZA
- OTROS



**PROTECCION VISUAL**
- ANTIGOLPES
- MONOGAFAS
- CINCORTE
- OTRO





**Los abajo firmantes declaramos que elaboramos el presente documento de manera conjunta, entendemos las condiciones del trabajo. Se evaluaron y se comunicaron los riesgos identificados del trabajo a realizar, las acciones preventivas y estamos en la obligacion de aplicar todas las precauciones identificadas.**

| NOMBRE | Cedula de Ciudadania | Cargo | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Luis escobar. | 80880873 | M.U. | |
| Anderson Barrido | 30931206 | AYU. | Barrido |
| Samir CABALLERO | 1067863274 | SOLDADOR | |
| Camargo Alberto Alvarez | 1047916280 | AY | |
| | 79758678 | Oficina | |

**Supervisara el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas por el grupo de trabajo registradas en este Análisis de Trabajo Seguro (ATS).**

**V.B. Ingeniero de obra o proyecto**

NOMBRE: Andres Cantor — Andres Felipe Cantor

**Cuando aplique V.B. Líder ejecutante (Capataz, Maestro, Jefe de turno, Inspector de obra)**

NOMBRE: APOLINAR GONZALEZ

**REVISO SST**

NOMBRE: GINNA MARCELA GONZÁLEZ

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: OS-FO-34 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | PERMISO DE TRABAJOS DE ALTO RIESGO (PETAR) TRABAJOS EN CALIENTE | HOJA: 1 de 1 |

**TRABAJO :** Cargadores y E. de soldadura
**UBICACIÓN :** Nueva Esperanza Olivares
**CONTRATISTA** Apolinar **USUARIO:**

**FECHA:** del 20 al 26 de Enero de 2025
**HORA INICIO :** 7:00 a. m.
**HORA FINAL :** 4:30pm

**INSTRUCCIONES**
1. Antes de completar este formato, como referencia lea el Procedimiento para Trabajos de Alto Riesgo (sección Trabajos en Caliente)
2. El PETAR original debe permanecer en el área de trabajo.
3. Esta autorización es valida solo para el turno y fecha de indicados.
4. En caso de responder N/A a alguno de los requerimientos, deberá sustentarse en la parte de OBSERVACIONES.
5. Si alguno de los requerimientos no fuera cumplido, esta autorización NO PROCEDE

CORRECTO [√] | INCORRECTO [X] | NO APLICA [NA]

**1- LISTA DE VERIFICACIÓN:**

| | | Verificación | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Se cuenta con un Observador (brigadista) Contra Incendios? | ✓ | |
| 2 | ¿Se retiró o protegió en un radio de 20 m. todo peligro de incendio o explosión (materiales combustibles, pinturas, aceites, grasas, solventes, gases comprimidos, otros)? En caso de proteger especificar los controles en OBSERVACIONES | ✓ | |
| 3 | ¿Se cuenta con un extintor operativo ubicado a 2 m como máximo del área de trabajo? | ✓ | |
| 4 | ¿Se ha verificado que los tanques, cisternas, recipientes o tuberías que hayan contenido combustibles o líquidos inflamables se encuentren vacíos, purgados, ventilados y lavados adecuadamente? Asimismo, ¿se ha verificado la ausencia de gases o vapores inflamables antes de empezar el trabajo? | | N A |
| 5 | ¿El soldador/aumentador y el ayudante cuentan con el equipo de protección personal requerido? | ✓ | |
| 6 | ¿El equipo de oxicorte cuenta con válvulas anti-retorno de llama en las dos mangueras hacia los cilindros? | | N.A |
| 7 | ¿Los accesorios (tenazas, cables, uniones, otros) están en adecuadas condiciones operativas? | ✓ | |
| 8 | ¿Las mangueras del equipo de oxicorte están aseguradas a sus conexiones por presión y no con abrazaderas ? | ✓ | |
| 9 | ¿Las máquinas soldadoras cuentan con su respectiva línea a tierra? | ✓ | |
| 10 | ¿El Observador Contra Incendios inspeccionó 30 minutos después de finalizado el trabajo, a fin de verificar que no se haya originado algún incendio? | ✓ | |
| 11 | Para el caso de áreas críticas (almacenes y otros que contengan material combustible) ¿El Observador Contra Incendios realizó una segunda inspección 2 horas después de terminado el trabajo en caliente? | ✓ | |

**2- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:**
Soldar las uniones de los perfiles para la cubierta

**3- RESPONSABLES DEL TRABAJO:** ( * ) Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá durante la ejecución de esta tarea

| OCUPACIÓN | NOMBRES | FIRMA INICIO | FIRMA TÉRMINO |
|---|---|---|---|
| (*) AYU DANTE | ROBERTO CARABALLO | | |
| AYU DANTE | Jean Carlos Blandon | | |
| Jose SUAREZ | Jose SUAREZ | | |
| | | | |

**4- EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO** (EPP Básico: Casco de seguridad, lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).

- [ ] EPP Básico
- [ ] Lentes Goggles
- [✓] Careta
- [ ] Traje (Impermeable / Tyvek)
- [ ] Casaca de cuero cromado y escarpines
- [ ] Traje de aluminio (manadil, escarpines)
- [ ] Zapatos dieléctricos
- [ ] Otros (indique)

- [✓] Guantes de neoprene / nitrilo
- [ ] Guantes de cuero / badana
- [ ] Guantes dieléctrico
- [ ] Guante de cuero cromado
- [ ] Guante de aluminio
- [ ] Arnés de seguridad
- [ ] Línea de anclaje con absorbedor de impacto
- [ ] Línea de anclaje sin absorbedor de impacto

- [ ] Orejeras
- [ ] Tapón auditivo
- [✓] Full face
- [ ] Respirador
- [ ] Cartucho negro (vapor orgánico)
- [ ] Cartucho blanco (gas ácido)
- [ ] Cartucho multigas (gas HCN)
- [ ] Filtro para polvo P100

**5- HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES:**
Equipo de soldadura

**6- PROCEDIMIENTO:** (registrar el nombre y código del procedimiento asociado a la actividad)

**7- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN**

| CARGO | NOMBRES | FIRMA |
|---|---|---|
| Profesional SST HSE | Gianna Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GS-PO-02 |
|---|---|---|
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 01 |
| | | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| UBICACIÓN DE LA TAREA: CDS Julio Cesar Sanchez | ALTURA APROXIMADA: 8 mts |
| FECHA INICIO: 28/01/2025. | HORA DE INICIO DE LA TAREA: 7:30:00 a. m |
| FECHA FIN: 04/02/2025 | HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA: 4:30 p. m. |

**TIPO DE TRABAJO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | Otro | |
| | | | | | | Cual: | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:**

Retiro y cambio de teja en policarbonato y pintura de perfiles altura max. 8 mts

**GENERALIDADES POR TRABAJADOR**

| DESCRIPCIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| El trabajador que realiza la actividad tiene la seguridad social al día (EPS, ARL, APP)? | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| El trabajador esta certificado para trabajo en alturas? | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| El trabajador cuenta con certificado de aptitud medica para trabajo en alturas? | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| Ha presentado en los ultimos dias episodios de epilepsia, mareo o vértigo? | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| Ha consumido medicamentos o alcohol en las últimas 24 horas? | | ✓ | | ✓ | | | | | | |

Cual:

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SISTEMAS DE RESTRICCION, POSICIONAMIENTO O DETENCION**

| ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | SI | NO | N/A | SISTEMAS | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | | | Eslinga de posicionamiento | ✓ | | |
| Calzado de seguridad | ✓ | | | Línea de vida horizontal o vertical - Fija | | | |
| Guantes | ✓ | | | Línea de vida horizontal o vertical - Portatil | ✓ | | |
| Protección auditiva | | | | Descendedores | | | ✓ |
| Protección visual | ✓ | | | Frenos | | | ✓ |
| | | | | Equipos retractiles | | | ✓ |
| | | | | Adaptador de Anclaje - Tie Off | | | |

**MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Se cuenta con delimitación del area de trabajo (vallas, conos, cintas, bandas) | ✓ | | |
| Se cuenta con lineas de advertencia | | | ✓ |
| Se cuenta con señalización adecuada | ✓ | | |
| Se cuenta con barandas | | ✓ | |

**MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCION | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Línea de vida horizontal fija | | | |
| Línea de vida horizontal portatil | ✓ | | |
| Linea de vida vertical | | | |
| Eslinga sencilla | | | |
| Eslinga en "Y" con absorbedor | ✓ | | |
| Punto de anclaje fijo | | | |
| Punto de anclaje portatil | | | |
| Elementos Conectores | | | |
| Arnés cuerpo completo | ✓ | | |

**EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO**

| DESCRIPCION | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Los andamios se encuentran en buenas condiciones, son suficientes y apropiados para la tarea a realizar | | | ✓ |
| Se utilizaran escaleras fijas y estan en buen estado | | | ✓ |
| Se utilizaran escaleras portatiles y estan en buen estado | ✓ | | |
| Se utilizaran canastas y elevadores para el transporte del personal y estan en buen estado | | | ✓ |
| Se realizara trabajo en suspension y los equipos para este se encuentran en buenas condiciones | | | ✓ |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GH-FO-33 |
|---|---|---|
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 01 |
| | | PÁGINA: 1 de 1 |

**HERRAMIENTAS O EQUIPOS A UTILIZAR**

Arnes, eslingas, compresor, taladro y polidora

**OBSERVACIONES**

**NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO**

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1 | Juan Pablo Suarez Cardona | 8099040 | |
| 2 | Jose Gomez Llanos | 1068666702 | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

**AUTORIZACIONES**

| ROL | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Autoriza el trabajo | JORGE GOMEZ | 8084395 | |
| Responsable del plan de emergencia | Juan Suarez | 8099040 | |
| Ayudante de seguridad | | | |
| Coordinador | GINNA MARCELA GONZALEZ F. | 1023861208 | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: 03-PO-52 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | HOJA: 1 de 1 |

**HERRAMIENTAS O EQUIPOS A UTILIZAR**

Equipo

**OBSERVACIONES**

**NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO**

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1 | SAMIR CASACERO | 1068863224 | SAMIR C |
| 2 | Jean Carlos Blandon | 1022391580 | |
| 3 | Julio Carlos Escobar | 80880893 | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

**AUTORIZACIONES**

| ROL | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Autoriza el trabajo | SAMIR CASACERO | 1068863224 | SAMIR C |
| Responsable del plan de emergencia | Jean Carlos B. | 1022391580 | |
| Ayudante de seguridad | | | |
| Coordinador | GINNA MARCELA GONZALEZ F. | 1023861208 | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-AO-33 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| UBICACIÓN DE LA TAREA: Jardín Esperanza Olivares | ALTURA APROXIMADA: 6 mts |
| FECHA INICIO: 24/01/2025 | HORA DE INICIO DE LA TAREA: 7:30:00 a. m |
| FECHA FIN: 25/01/2025 | HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA: 4:30 p. m. |

**TIPO DE TRABAJO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | Otro | |
| | | | | | | Cual: | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:**

Instalación de polipolea para Cambio de cubierta e instalación de nueva teja.

**GENERALIDADES POR TRABAJADOR**

| DESCRIPCIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| El trabajador que realiza la actividad tiene la seguridad social al día (EPS, ARL, AFP)? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El trabajador esta certificado para trabajo en alturas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El trabajador cuenta con certificado de aptitud medica para trabajo en alturas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Ha presentado en los ultimos días episodios de epilepsia, mareo o vértigo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| Ha consumido medicamentos o alcohol en las últimas 24 horas? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |

Cual:

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SISTEMAS DE RESTRICCION, POSICIONAMIENTO O DETENCION**

| ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | SI | NO | N/A | SISTEMAS | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | | | Eslinga de posicionamiento | ✓ | | |
| Calzado de seguridad | | | | Línea de vida horizontal o vertical - Fija | | ✓ | |
| Guantes | ✓ | | | Línea de vida horizontal o vertical - Portatil | | ✓ | |
| Protección auditiva | ✓ | | | Descendedores | | ✓ | |
| Protección visual | ✓ | | | Frenos | | ✓ | |
| | | | | Equipos retractiles | | ✓ | |
| | | | | Adaptador de Anclaje - Tie Off | ✓ | | |

**MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCION | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Se cuenta con delimitación del area de trabajo (vallas, conos, cintas, bandas) | | | ✓ |
| Se cuenta con lineas de advertencia | | | |
| Se cuenta con señalización adecuada | ✓ | | |
| Se cuenta con barandas | | | ✓ |

**MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCION | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Linea de vida horizontal fija | | | ✓ |
| Linea de vida horizontal portatil | | | ✓ |
| Linea de vida vertical | | | ✓ |
| Eslinga sencilla | | | ✓ |
| Eslinga en "Y" con absorbedor | | | ✓ |
| Punto de anclaje fijo | | | ✓ |
| Punto de anclaje portatil | ✓ | | |
| Elementos Conectores | | | ✓ |
| Arnés cuerpo completo | ✓ | | |

**EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO**

| DESCRIPCION | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Los andamios se encuentran en buenas condiciones, son suficientes y apropiados para la tarea a realizar | ✓ | | |
| Se utilizaran escaleras fijas y estan en buen estado | | ✓ | |
| Se utilizaran escaleras portatiles y estan en buen estado | | ✓ | |
| Se utilizaran canastas y elevadores para el transporte del personal y estan en buen estado | | ✓ | |
| Se realizara trabajo en suspension y los equipos para este se encuentran en buenas condiciones | | ✓ | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GSHO-XX |
|---|---|---|
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | VERSION: 01 |
| | | PAG: 1 de 1 |

**HERRAMIENTAS O EQUIPOS A UTILIZAR**

taladro y polidora

**OBSERVACIONES**

**NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO**

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1 | SAMIR CABALLERO | 1067863224 | SAMIR CABALLERO |
| 2 | Luis carlos Escobar | 70280895 | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

**AUTORIZACIONES**

| ROL | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Autoriza el trabajo | SAMIR CABALLERO | 1067863224 | SAMIR CABALLERO |
| Responsable del plan de emergencia | | | |
| Ayudante de seguridad | Luis carlos Escobar | 70280895 | |
| Coordinador | GINNA MARCELA GONZALEZ F. | 1023861208 | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: 08-F-034 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 04 |
| | PERMISO DE TRABAJOS DE ALTO RIESGO (PETAR) TRABAJOS EN CALIENTE | HOJA: 1 de 1 |

**TRABAJO :** CORTE CON PULIDORA EN PLACA DE CEMENTO PARA DEMARCAR EL ÁREA DE DEMOLICIÓN

**UBICACIÓN :** Anganito de Bello horizonte.

**CONTRATISTA** Intervecop **USUARIO:**

**FECHA:** 27-01-25 al 01-02-25

**HORA INICIO :** 7:00 a. m.

**HORA FINAL :** 15:00 pm

**INSTRUCCIONES**

1. Antes de completar este formato, como referencia lea el Procedimiento para Trabajos de Alto Riesgo (sección Trabajos en Caliente)
2. El PETAR original debe permanecer en el área de trabajo.
3. Esta autorización es válida solo para el turno y fecha de indicados.
4. En caso de responder (NO) a alguno de los requerimientos, deberá sustentarse en la parte de OBSERVACIONES
5. Si alguno de los requerimientos no fuera cumplido, esta autorización NO PROCEDE

CORRECTO [√] INCORRECTO [X] NO APLICA [NA]

**1.- LISTA DE VERIFICACIÓN:**

| | | Verificación | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Se cuenta con un Observador (Vigilante) Contra Incendios? | ✓ | |
| 2 | ¿Se retiró o protegió en un radio de 20 m. todo peligro de incendio o explosión (materiales combustibles, pinturas, aceites, grasas, solventes, gases comprimidos, otros)? En caso de proteger especificar los controles en OBSERVACIONES | ✓ | |
| 3 | ¿Se cuenta con un extintor operativo ubicado a 2 m como máximo del área de trabajo? | ✓ | |
| 4 | ¿Se ha verificado que los tanques, cisternas, recipientes o tuberías que hayan contenido combustibles o líquidos inflamables se encuentren vacíos, purgados, ventilados y lavados adecuadamente? Asimismo, ¿se ha verificado la ausencia de gases o vapores inflamables antes de empezar el trabajo? | | N.A |
| 5 | ¿El soldador/cortador y el ayudante cuentan con el equipo de protección personal requerido? | | NA |
| 6 | ¿El equipo de corte cuenta con válvulas anti-retorno de llama en las dos mangueras hacia los cilindros? | | NA |
| 7 | ¿Los accesorios (tenazas, cables, unions, otros) están en adecuadas condiciones operativas? | ✓ | |
| 8 | ¿Las mangueras del equipo de corte están aseguradas a sus conexiones por grapas y no con abrazaderas? | ✓ | |
| 9 | ¿Las máquinas soldadoras cuentan con su respectiva línea a tierra? | | NA |
| 10 | ¿El Observador Contra Incendios inspeccionó 30 minutos después de finalizado el trabajo, a fin de verificar que no se haya originado algún incendio? | ✓ | |
| 11 | Para el caso de áreas críticas (almacenes y otros que contengan material combustible) ¿El Observador Contra Incendios realizó una segunda inspección 2 horas después de terminado el trabajo en caliente? | ✓ | |

**2.- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:**

Corte para demarcar zapata con pulidora y demolición con moto-martillo demoledor de escalera

**3.- RESPONSABLES DEL TRABAJO:** ( * ) Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá durante la ejecución de este turno

| OCUPACIÓN | NOMBRES | FIRMA INICIO | FIRMA TÉRMINO |
|---|---|---|---|
| AUX | | | |
| (*) AUXILIAR | Alfonso Muñoz | | |
| AUXILIAR | Edyardo Acalo | | |
| | | | |
| | | | |

**4.- EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO** (EPP Básico: Casco de seguridad, botas con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).

- [X] EPP Básico
- [ ] Lentes Goggles
- [ ] Careta
- [ ] Traje (Impermeable / Tyvek)
- [ ] Casaca de cuero cromado y escarpines
- [ ] Traje de aluminio (manta, polainas)
- [ ] Zapatos dieléctricos
- [ ] Otros (indicar) :
- [ ] Guantes de neopreno / nitrilo
- [X] Guantes de cuero / badana
- [ ] Guantes dieléctricos
- [ ] Guante de cuero cromado
- [ ] Guante de aluminio
- [ ] Arnés de seguridad
- [ ] Línea de anclaje con absorbedor de impacto
- [ ] Línea de anclaje sin absorbedor de impacto
- [ ] Orejeras
- [ ] Tapón auditivo
- [ ] Pull faro
- [ ] Respirador
- [ ] Cartucho negro (vapor orgánico)
- [ ] Cartucho blanco (gas ácido)
- [ ] Cartucho multigas (gas HCN)
- [ ] Filtro para polvo P100

**5.- HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES:**

pulidora y Tetomartillo

**6.- PROCEDIMIENTO:** (registrar el nombre y código del procedimiento asociado a la actividad)

**7.- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN**

| CARGO | NOMBRES | FIRMA |
|---|---|---|
| AUX PRACTICA | Gina Gonzalez | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: GS-FO-37 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | PREOPERACIONAL TRABAJO EN CALIENTE - SOLDADURA | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| FECHA: | 28-01-2015 |
| LUGAR: | CDS Julio Sanchez |

**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:**

taladro y pulidora.

| EQUIPO | ESTADO | | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| ESTADO GENERAL DEL EQUIPO | SI | NO | NA | OBSERVACIONES |
| Cables en buen estado | ✓ | | | |
| Bornes de conexión en buen estado | ✓ | | | |
| Area de trabajo limpia | ✓ | | | |
| Extintores | | | | |
| Enchufe, interruptor, regulador y pinzas | ✓ | | | |
| **OPERADOR** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Capacitado | ✓ | | | |
| **DOTACION** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Jeans y camiseta / Overol | ✓ | | | |
| Estado general del barbuquejo | ✓ | | | |
| Esta en buen estado la araña | ✓ | | | |
| **EPP** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Máscara de soldar | | | X | |
| Pechera, delantal de cuero, protección piernas, etc. | | | X | |
| Lentes de Seguridad | | | X | |
| Guantes | ✓ | | | |
| Protector respiratorio | ✓ | | | |
| Polainas | | | X | |

| APROBACIONES | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | Carina M. Gonzalez | Coord de Alturas | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: SIN-HSEQ-02 |
|---|---|---|
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 01<br>PÁGINA 1 de 2 |

| | |
|---|---|
| UBICACIÓN DE LA TAREA: CDS SAN BLAS | ALTURA APROXIMADA: |
| FECHA INICIO: 04/02/2025. | HORA DE INICIO DE LA TAREA: 7:30:00 a. m |
| FECHA FIN: 05/02/2025 | HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA: 4:30 p. m. |

**TIPO DE TRABAJO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | Otro | |
| | | | | | | Cual: | |

**DESCRIPCION Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:**

Retiro de teja de barro de la cubierta para cambio

**GENERALIDADES POR TRABAJADOR**

| DESCRIPCIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| El trabajador que realiza la actividad tiene la seguridad social al dia (EPS, ARL, AFP)? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El trabajador esta certificado para trabajo en alturas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El trabajador cuenta con certificado de aptitud medica para trabajo en alturas? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Ha presentado en los ultimos dias episodios de epilepsia, mareo o vértigo? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| Ha consumido medicamentos o alcohol en las últimas 24 horas? | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| Cual: | | | | | | | | | | |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SISTEMAS DE RESTRICCION, POSICIONAMIENTO O DETENCION**

| ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | SI | NO | N/A | SISTEMAS | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | | | Eslinga de posicionamiento | ✓ | | |
| Calzado de seguridad | ✓ | | | Linea de vida horizontal o vertical - Fija | | ✓ | |
| Guantes | ✓ | | | Linea de vida horizontal o vertical - Portatil | ✓ | | |
| Protección auditiva | ✓ | | | Descendedores | | | ✓ |
| Protección visual | ✓ | | | Frenos | | | ✓ |
| | | | | Equipos retractiles | | | ✓ |
| | | | | Adaptador de Anclaje - Tie Off | | | ✓ |

**MEDIDAS DE PREVERCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Se cuenta con delimitación del area de trabajo (vallas, conos, cintas, bandas) | ✓ | | |
| Se cuenta con lineas de advertencia | ✓ | | |
| Se cuenta con señalización adecuada | ✓ | | |
| Se cuenta con barandas | | ✓ | |

**MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Linea de vida horizontal fija | | ✓ | |
| Linea de vida horizontal portatil | ✓ | | |
| Linea de vida vertical | | ✓ | |
| Eslinga sencilla | ✓ | | |
| Eslinga en "Y" con absorbedor | | ✓ | |
| Punto de anclaje fijo | | ✓ | |
| Punto de anclaje portatil | ✓ | | |
| Elementos Conectores | | ✓ | |
| Arnés cuerpo completo | ✓ | | |

**EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO**

| DESCRIPCIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Los andamios se encuentran en buenas condiciones, son suficientes y apropiados para la tarea a realizar | | | ✓ |
| Se utilizaran escaleras fijas y estan en buen estado | ✓ | | |
| Se utilizaran escaleras portatiles y estan en buen estado | ✓ | | |
| Se utilizaran canastas y elevadores para el transporte del personal y estan en buen estado | | ✓ | |
| Se realizara trabajo en suspension y los equipos para este se encuentran en buenas condiciones | | ✓ | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: 08-FO-52 |
|---|---|---|
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 01 |
| | | HOJA 1 de 1 |

**HERRAMIENTAS O EQUIPOS A UTILIZAR**

Espatula, puntero, maseta, palin, petustre

**OBSERVACIONES**

**NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO**

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1 | Alfonso Huñoz | 7675915 | |
| 2 | Johan chavez | 1064002885 | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

**AUTORIZACIONES**

| ROL | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Autoriza el trabajo | Alfonso Huñoz | 7675915 | |
| Responsable del plan de emergencia | Johan chavez | 1064002885 | |
| Ayudante de seguridad | | | |
| Coordinador | GINNA MARCELA GONZALEZ F. | 1023861208 | |

| INTERVEDOP | INTERVEDOP S.A.S. | CÓDIGO: DS-FO-34 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | PERMISO DE TRABAJOS DE ALTO RIESGO (PETAR) TRABAJOS EN CALIENTE | HOJA: 1 de 1 |

**TRABAJO :** Instalación de Perfilería
**UBICACIÓN :** Nueva Esperanza Olivares
**CONTRATISTA** Martin & Asociados **USUARIO:**

**FECHA:** 08-01-25 al 08-01-25
**HORA INICIO :** 7:00 a. m.
**HORA FINAL :** 4:30pm

**INSTRUCCIONES**
1. Antes de completar este formato, como referencia lea el Procedimiento para Trabajos de Alto Riesgo (sección Trabajos en Caliente)
2. El PETAR original debe permanecer en el área de trabajo
3. Esta autorización es valida solo para el turno y fecha de indicados.
4. En caso de responder N/A a alguno de los requerimientos, deberá sustentarse en la parte de OBSERVACIONES.
5. Si alguno de los requerimientos no fuera cumplido, esta autorización NO PROCEDE

| CORRECTO | √ | INCORRECTO | X | NO APLICA | N/A |
|---|---|---|---|---|---|

**1- LISTA DE VERIFICACIÓN:**

| | | Verificación | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Se cuenta con un Observador (brigadista) Contra Incendios? | ✓ | |
| 2 | ¿Se retiró o protegió en un radio de 10 m. todo peligro de incendio o explosión (materiales combustibles, pinturas, aceites, grasas, solventes, gases comprimidos, otros)? En caso de proteger especificar los controles en OBSERVACIONES | ✓ | |
| 3 | ¿Se cuenta con un extintor operativo ubicado a 2 m como máximo del área de trabajo? | ✓ | |
| 4 | ¿Se ha verificado que los tanques, cisternas, recipientes o tuberías que hayan contenido combustibles o líquidos inflamables se encuentren vacíos, purgados, ventilados y lavados adecuadamente? Asimismo, ¿se ha verificado la ausencia de gases o vapores inflamables antes de empezar el trabajo? | ✓ | |
| 5 | ¿El soldador/esmerilador y el ayudante cuentan con el equipo de protección personal requerido? | ✓ | |
| 6 | ¿El equipo de oxicorte cuenta con válvulas anti retorno de llama en las dos mangueras hacia los cilindros? | ✓ | |
| 7 | ¿Los accesorios (tomeras, caldas, sotovos, otros) están en adecuadas condiciones operativas? | N/A | |
| 8 | ¿Las mangueras del equipo de oxicorte están asegurados a sus conexiones por presión y no con abrazaderas? | N/A | |
| 9 | ¿Las soldadoras soldadoras cuentan con su respectiva línea a tierra? | ✓ | |
| 10 | ¿El Observador Contra Incendios inspeccionó 30 minutos después de finalizado el trabajo, a fin de verificar que no se haya originado algún incendio? | ✓ | |
| 11 | Para el caso de áreas críticas (almacenes y otros que contengan material combustible) ¿El Observador Contra Incendios realizó una segunda inspección 2 horas después de terminado el trabajo en caliente? | ✓ | |

**2- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:**

Soldar los perfiles nuevos para la nueva cubierta

**3- RESPONSABLES DEL TRABAJO:** ( * ) Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá durante la ejecución de esta tarea

| OCUPACIÓN | NOMBRES | FIRMA INICIO | FIRMA TÉRMINO |
|---|---|---|---|
| (*) SOLDADOR | Samir Caballero | Samir C. | Samir C |
| Ayd Soldador | Jose Suarez | J. Suarez | J. Suarez |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**4- EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO** (EPP básico: Casco de seguridad, lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☑ | EPP Básico | | Guantes de neopreno / nitrilo | | Orejeras |
| | Lentes Goggles | | Guantes de cuero / badana | | Tapón auditivo |
| | Careta | | Guantes dieléctrico | | Full face |
| | Traje (Impermeable / Tyvek) | | Guante de cuero cromado | | Respirador |
| | Casaca de cuero cromado y escarpines | | Guante de aluminio | | Cartucho negro (vapor orgánico) |
| | Traje de aluminio (mandil, escarpines) | ☑ | Arnés de seguridad | | Cartucho blanco (gas ácido) |
| | Zapatos dieléctricos | | Línea de anclaje con absorbedor de impacto | | Cartucho multigas (gas ácido) |
| | Otros (indique) : | | Línea de anclaje sin absorbedor de impacto | | Filtro para polvo P100 |

**5- HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES:**

Equipo de soldadura

**6- PROCEDIMIENTO:** (registrar el nombre y código del procedimiento asociado a la actividad)

**7- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN**

| CARGO | NOMBRES | FIRMA |
|---|---|---|
| Prof. de SST | Gisma M. Gonzalez F. | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GE-FO-24 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | PERMISO DE TRABAJOS DE ALTO RIESGO (PETAR) TRABAJOS EN CALIENTE | HOJA: 1 de 1 |

TRABAJO : Anclado tipo Bekahonenta
UBICACIÓN : cimentación y fundición de zapatas
CONTRATISTA Aplicar USUARIO:

FECHA: 03-02-25 al 08-02-25
HORA INICIO : 7:00 a. m.
HORA FINAL : 4:30pm

**INSTRUCCIONES**

1. Antes de completar este formato, como referencia lea el Procedimiento para Trabajos de Alto Riesgo (sección Trabajos en Caliente)
2. El PETAR original debe permanecer en el área de trabajo.
3. Esta autorización es valida solo para el turno y fecha de indicados.
4. En caso de responder N/A a alguno de los requerimientos, deberá sustentarse en la parte de OBSERVACIONES.
5. Si alguno de los requerimientos no fuese cumplido, esta autorización NO PROCEDE

| CORRECTO | √ | INCORRECTO | X | NO APLICA | NA |
|---|---|---|---|---|---|

**1.- LISTA DE VERIFICACIÓN:**

| | | Verificación | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Se cuenta con un Observador (brigadista) Contra Incendios? | ✓ | |
| 2 | ¿Se retiró o protegió en un radio de 10 m. todo peligro de incendio o explosión (materiales combustibles, pinturas, aceites, grasas, solventes, gases comprimidos, otros)? En caso de protegir especificar los controles en OBSERVACIONES | ✓ | |
| 3 | ¿Se cuenta con un extintor operativo ubicado a 2 m como mínimo del área de trabajo? | ✓ | |
| 4 | ¿Se ha verificado que los tanques, cisternas, recipientes o tuberías que hayan contenido combustibles o líquidos inflamables se encuentren vacíos, purgados, ventilados y lavados adecuadamente? Asimismo, ¿se ha verificado la ausencia de gases o vapores inflamables antes de empezar el trabajo? | ✓ | |
| 5 | ¿El soldador/ayudante y el ayudante cuentan con el equipo de protección personal requerido? | ✓ | |
| 6 | ¿El equipo de oxicorte cuenta con válvulas anti-retorno de llama en las dos mangueras hacia los cilindros? | ✓ | |
| 7 | ¿Los accesorios (tenazas, cables, soldaura, otros) están en adecuadas condiciones operativas? | | NA |
| 8 | ¿Las mangueras del equipo de oxicorte están aseguradas a sus conexiones por presión y no con abrazaderas ? | | NA |
| 9 | ¿Las máquinas soldadoras cuentan con su respectiva línea a tierra? | | NA |
| 10 | ¿El Observador Contra Incendios inspeccionó 30 minutos después de finalizado el trabajo, a fin de verificar que no se haya originado algún incendio? | ✓ | |
| 11 | Para el caso de áreas críticas (almacenes y otros que contengan material combustible) ¿El Observador Contra Incendios realizó una segunda inspección 2 horas después de terminado el trabajo en caliente? | ✓ | |

**2.- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:**

Cortar con polidora, la madera y perfiles metálicos

**3.- RESPONSABLES DEL TRABAJO: ( * )** Debe indicar quien será el supervisor que permanecerá durante la ejecución de esta tarea

| OCUPACIÓN | NOMBRES | FIRMA INICIO | FIRMA TÉRMINO |
|---|---|---|---|
| (*) Alfonso Alonso | Oficial | | |
| Edgardo Araujo | Ayu | | |

**4.- EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO** (EPP Básico: Casco de seguridad, lentes con protección lateral y zapatos de seguridad con punta reforzada).

- [X] EPP Básico
- [ ] Lentes Goggles
- [ ] Careta
- [ ] Traje (Impermeable / Tyvek)
- [ ] Casaca de cuero cromado y mandiles
- [ ] Traje de aluminio (mandil, mangas)
- [ ] Zapatos dieléctricos
- [ ] Otros (indicar) :
- [ ] Guantes de neopreno / nitrilo
- [ ] Guantes de cuero / badana
- [ ] Guantes dieléctrico
- [ ] Guante de cuero cromado
- [ ] Guante de aluminio
- [ ] Arnés de seguridad
- [ ] Línea de anclaje con absorbedor de impacto
- [ ] Línea de anclaje sin absorbedor de impacto
- [ ] Orejeras
- [ ] Tapón auditivo
- [ ] Full face
- [ ] Respirador
- [ ] Cartucho negro (vapor orgánico)
- [ ] Cartucho blanco (gas ácido)
- [ ] Cartucho multigas (gas ácido)
- [ ] Filtro para polvo P100

**5.- HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES:**

Polidora.

**6.- PROCEDIMIENTO:** (registrar el nombre y código del procedimiento asociado a la actividad)

**7.- AUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN**

| CARGO | NOMBRES | FIRMA |
|---|---|---|
| Prof SST | Gina M. Gonzalez F | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: SST-FO-02 |
|---|---|---|
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | VERSIÓN: 01 |
| | | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| UBICACIÓN DE LA TAREA: CDS SAN BLAS | ALTURA APROXIMADA: 4 mts. |
| FECHA INICIO: 26-02-25 | HORA DE INICIO DE LA TAREA: 7:00 a.m. |
| FECHA FIN: 26-02-26 | HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA: 5:00 p.m. |

**TIPO DE TRABAJO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | Otro | |
| | | | | | | Cual: | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:**

Retiro de teja de barro en cubierta

**GENERALIDADES POR TRABAJADOR**

| DESCRIPCIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| El trabajador que realiza la actividad tiene la seguridad social al día (EPS, ARL, AFP)? | ✓ | | | | | | | | | |
| El trabajador esta certificado para trabajo en alturas? | ✓ | | | | | | | | | |
| El trabajador cuenta con certificado de aptitud medica para trabajo en alturas? | ✓ | | | | | | | | | |
| Ha presentado en los ultimos días episodios de epilepsia, mareo o vértigo? | | ✓ | | | | | | | | |
| Ha consumido medicamentos o alcohol en las últimas 24 horas? | | ✓ | | | | | | | | |
| Cual: | | | | | | | | | | |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SISTEMAS DE RESTRICCION, POSICIONAMIENTO O DETENCION**

| ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | SI | NO | N/A | SISTEMAS | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | | | Eslinga de posicionamiento | ✓ | | |
| Calzado de seguridad | ✓ | | | Línea de vida horizontal o vertical - Fija | ✓ | | |
| Guantes | ✓ | | | Línea de vida horizontal o vertical - Portatil | ✓ | | |
| Protección auditiva | ✓ | | | Descendedores | | | ✓ |
| Protección visual | ✓ | | | Frenos | | | ✓ |
| | | | | Equipos retractiles | | | ✓ |
| | | | | Adaptador de Anclaje - Tie Off | | | ✓ |

**MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCION | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Se cuenta con delimitación del area de trabajo (vallas, conos, cintas, bandas) | ✓ | | |
| Se cuenta con lineas de advertencia | ✓ | | |
| Se cuenta con señalización adecuada | ✓ | | |
| Se cuenta con barandas | | | ✓ |

**MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Linea de vida horizontal fija | ✓ | | |
| Linea de vida horizontal portatil | | ✓ | |
| Linea de vida vertical | | ✓ | |
| Eslinga sencilla | ✓ | | |
| Eslinga en "Y" con absorbedor | | ✓ | |
| Punto de anclaje fijo | | ✓ | |
| Punto de anclaje portatil | | ✓ | |
| Elementos Conectores | | ✓ | |
| Arnés cuerpo completo | ✓ | | |

**EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO**

| DESCRIPCIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Los andamios se encuentran en buenas condiciones, son suficientes y apropiados para la tarea a realizar | | | ✓ |
| Se utilizaran escaleras fijas y estan en buen estado | ✓ | | |
| Se utilizaran escaleras portatiles y estan en buen estado | ✓ | | |
| Se utilizaran canastas y elevadores para el transporte del personal y estan en buen estado | | ✓ | |
| Se realizara trabajo en suspension y los equipos para este se encuentran en buenas condiciones | | ✓ | |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CÓDIGO: SST-FO-03 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | HOJA: 1 de 1 |

**HERRAMIENTAS O EQUIPOS A UTILIZAR**

Pala y herramientas manuales

**OBSERVACIONES**

**NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO**

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1 | Alfonso Muñoz | 7675915 | |
| 2 | Luis Ropuin | 1079 886 738 | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

**AUTORIZACIONES**

| ROL | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Autoriza el trabajo | Alfonso Muñoz | 7675915 | |
| Responsable del plan de emergencia | | | |
| Ayudante de seguridad | Luis Ropuin | 1079 886 738 | |
| Coordinador | Gina M. Gonzalez | 1075661100 | |

| INTERVECOP | **INTERVECOP S.A.S.** | CODIGO: SST-FO-33 |
|---|---|---|
| | **PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS** | VERSIÓN: 01 |
| | | HOJA: 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| UBICACIÓN DE LA TAREA: Jardin Dpt Oasis | ALTURA APROXIMADA: 6mts |
| FECHA INICIO: 12-02-25 | HORA DE INICIO DE LA TAREA: 7:30am.- |
| FECHA FIN: 15-02-25 | HORA DE TERMINACIÓN DE LA TAREA: 5:00pm |

**TIPO DE TRABAJO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | Otro | |
| | | | | | | Cual: | |

**DESCRIPCION Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA:**

Soldadura de estructura y pintura de cerchas para cambio de cubierta

**GENERALIDADES POR TRABAJADOR**

| DESCRIPCIÓN | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| El trabajador que realiza la actividad tiene la seguridad social al día (EPS, ARL, AFP)? | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| El trabajador esta certificado para trabajo en alturas? | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| El trabajador cuenta con certificado de aptitud medica para trabajo en alturas? | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| Ha presentado en los ultimos días episodios de epilepsia, mareo o vértigo? | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| Ha consumido medicamentos o alcohol en las últimas 24 horas? | | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| Cual: | | | | | | | | | | |

**ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SISTEMAS DE RESTRICCION, POSICIONAMIENTO O DETENCION**

| ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | SI | NO | N/A | SISTEMAS | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | | | Eslinga de posicionamiento | X | | |
| Calzado de seguridad | X | | | Linea de vida horizontal o vertical - Fija | | | |
| Guantes | X | | | Linea de vida horizontal o vertical - Portatil | | | |
| Protección auditiva | X | | | Descendedores | | | |
| Protección visual | X | | | Frenos | | | |
| | | | | Equipos retractiles | | | |
| | | | | Adaptador de Anclaje - Tie Off | | | |

**MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Se cuenta con delimitación del area de trabajo (vallas, conos, cintas, bandas) | | X | |
| Se cuenta con lineas de advertencia | X | | |
| Se cuenta con señalización adecuada | X | | |
| Se cuenta con barandas | | X | |

**MEDIDAS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS**

| DESCRIPCIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Linea de vida horizontal fija | | | X |
| Linea de vida horizontal portatil | | | X |
| Linea de vida vertical | X | | |
| Eslinga sencilla | X | | |
| Eslinga en "Y" con absorbedor | | | X |
| Punto de anclaje fijo | | | X |
| Punto de anclaje portatil | | | X |
| Elementos Conectores | | | X |
| Arnés cuerpo completo | X | | |

**EQUIPOS Y SISTEMAS DE ACCESO**

| DESCRIPCIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|
| Los andamios se encuentran en buenas condiciones, son suficientes y apropiados para la tarea a realizar | X | | |
| Se utilizaran escaleras fijas y estan en buen estado | X | | |
| Se utilizaran escaleras portatiles y estan en buen estado | | | X |
| Se utilizaran canastas y elevadores para el transporte del personal y estan en buen estado | | | X |
| Se realizara trabajo en suspension y los equipos para este se encuentran en buenas condiciones | | | X |

| INTERVECOP | INTERVECOP S.A.S. | CODIGO: GSYO-02 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 01 |
| | PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS | HOJA: 1 de 1 |

**HERRAMIENTAS O EQUIPOS A UTILIZAR**

polidora, equipo de soldadura y compresor

**OBSERVACIONES**

**NOMBRES Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS QUE EJECUTARAN EL TRABAJO**

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1 | SAMIR CABALLERO | 1067885224 | SAMIR CABALLERO |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

**AUTORIZACIONES**

| ROL | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE CEDULA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Autoriza el trabajo | SAMIR CABALLERO | 1067885224 | SAMIR CABALLERO |
| Responsable del plan de emergencia | SAMIR CABALLERO | 1067885224 | SAMIR CABALLERO |
| Ayudante de seguridad | Luis Cadena | 80850893 | |
| Coordinador | Ginna M. Gonzalez | 1.033861200 | |

**PROTECCION EN TAREAS DE ALTO RIESGO Y TRABAJO EN ALTURAS DBM SAS**

NIT. 901609428-2
LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
N° 2289 DE 23/03/2023
CON VALIDEZ EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE TRABAJO
08SE2023220000000044611 DEL 28 DE AGOSTO DE 2023

# *Certificado de Capacitación y Entrenamiento Para Trabajo en Alturas*

NIVEL

## REENTRENAMIENTO

## CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

PARA EL SEÑOR (A)

## ALFONSO ENRIQUE MUÑOS OLAYA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA

7675915

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423-1
REPRESENTANTE LEGAL: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ARL: SURA

FECHA DE INICIO: 02/10/2023 FINALIZACION: 02/10/2023
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

SE EXPIDE EL DIA: 02/10/2023 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

CARLOS ANDRES BECERRA BENAVIDES
REPRESENTANTE LEGAL

NUBIA ELIZABETH SAENZ GARCIA
RES. No. 2237 de 17/03/2020

**La verificación de este certificado podrá hacerse en nuestro sitio web www.dbmalturas.co o solicitarla a nuestro correo: alturasdbmsas@gmail.com**
**Av Boyaca Tv60 51A 17 Sur Bogotá D.C. Tel. 6017506390-3006520427**

Bogotá D.C., febrero 11 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que ALFONSO ENRIQUE MU?OZ OLAYA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 7675915, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: PROTECCION EN TAREAS DE ALTO RIESGO Y TRABAJO EN ALTURAS DBM SAS
ENTRENADOR: NUBIA ELIZABETH SAENZ GARCIA
SEDE DONDE SE FORMÓ: PROTECCION EN TAREAS DE ALTO RIESGO Y TRABAJO EN ALTURAS DBM SAS
EMPLEADOR: GONZALEZ PALECIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 02/10/2023 a 02/10/2023
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 11 de 2025

# SAOS ALTURAS SAS
# NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 14502

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO A:

# DIEGO ARMANDO ARRIETA BALETA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1103948743

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 29 enero 2025, se expide en Bogotá el 29 enero 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO
LIC. SST No. 17-007-0647-19 17/05/2019

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
REP. GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

Bogotá D.C., febrero 4 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que DIEGO ARMANDO ARRIETA BALETA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1103948743, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SAOS ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO
SEDE DONDE SE FORMÓ: SAOS ALTURAS S.A.S.
EMPLEADOR: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 29/01/2025 a 29/01/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 4 de 2025

# SAOS ALTURAS S.A.S.

**CURSO:**
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

**NOMBRE:**
DIEGO ARMANDO ARRIETA BALETA

**IDENTIFICACIÓN**
C.C. N° 1103948743

**EXPEDICIÓN**
29 de enero de 2025

**CONSECUTIVO**
TSA-14502

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

# SAOS ALTURAS SAS
# NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 14493

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO A:

# JOHAN ANDRES CHAVEZ TORO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1064802885

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

## TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 29 enero 2025, se expide en Bogotá el 29 enero 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO
LIC. SST No. 17-007-0647-19 17/05/2019

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
REP. GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

Bogotá D.C., febrero 4 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JOHAN ANDRES CHAVEZ TORO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1064802885, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SAOS ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO
SEDE DONDE SE FORMÓ: SAOS ALTURAS S.A.S.
EMPLEADOR: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 29/01/2025 a 29/01/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 4 de 2025

# SAOS ALTURAS S.A.S.

**CURSO:**
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

**NOMBRE:**
JOHAN ANDRES CHAVEZ TORO

**IDENTIFICACIÓN**
C.C. N° 1064802885

**EXPEDICIÓN**
29 de enero de 2025

**CONSECUTIVO**
TSA-14493

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

# SAOS ALTURAS SAS
# NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 15295

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392
Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

## CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

OTORGADO A:

# LUIS DAVID ROPAIN OLAYA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1079886738

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

# TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 09 febrero 2025, se expide en Bogotá el 09 febrero 2025

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

DIDIER ALEXANDER RUIZ MOSCOSO
RES No.6354 10/07/2020

EMPRESA: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
REP. GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
NIT: 11172423
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
http://www.saosalturasas.com.co - saosalturasas@gmail.com

# SAOS ALTURAS S.A.S.

**CURSO:**
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

**NOMBRE:**
LUIS DAVID ROPAIN OLAYA

**IDENTIFICACIÓN**
C.C. N° 1079886738

**EXPEDICIÓN**
09 de febrero de 2025

**CONSECUTIVO**
TSA-15295

NOTA: ESTE CARNÉ NO SIRVE COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, ES UNA FIEL COPIA DEL CERTIFICADO DE ALTURA Y PARA SU AUTENTICIDAD PUEDE DAR VERIFICADO LLAMANDO A NUESTRA LÍNEA 3244281598 O EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.SAOSALTURASAS.COM.CO

KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL

www.saosalturasas.com.co

Bogotá D.C., febrero 17 de 2025

# CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS DAVID ROPAIN OLAYA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1079886738, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: SAOS ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIDIER ALEXANDER RUIZ MOSCOSO
SEDE DONDE SE FORMÓ: SAOS ALTURAS S.A.S.
EMPLEADOR: GONZALEZ PALENCIA APOLINAR
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 09/02/2025 a 09/02/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día febrero 17 de 2025

# Anexo 8

# Comités (COPASST y COCOLA)

# ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

El día 06 del mes de febrero del 2025 en las instalaciones de Intervecop SAS, se reunió el representante legal y sus trabajadores para conformar el Comité de Convivencia dando cumplimiento a la Resolución 652 de 2012, Resolución 2646 de 2008 y a la Ley 1010 de 2006, así como lo dispuesto en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). El periodo de los miembros del Comité es de dos años (2) y el empleador proporcionara los recursos necesarios para el cumplimiento de las funciones de los miembros al Comité, así como la capacitación requerida.

El representante legal de la empresa nombro a las siguientes personas:

Por parte de la empresa: Andrés Felipe Cantor CC 1.106.898.559

Y los trabajadores nombraron a: Johan Andrés Chavez Toro CC 1.064.802.885

Estos últimos nombrados por votación en asamblea general de trabajadores.

Integrado el Comité de Convivencia se procedió de acuerdo con la Resolución 652 de 2012 a nombrar presidente y al secretario del mismo, con el objetivo de mantener la coordinación, organización y funcionamiento del Comité.

Por votación interna del Comité se designa: Johan Andrés Chavez Toro Presidente del Comité y Johan Andrés Chavez Toro Secretario(a) del mismo.



Firma del Presidente
Andrés Felipe Cantor
CC 1.106.898.559



Firma del Secretario
Johan Andrés Chávez Toro
CC 1.064.802.885

# ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL COMITE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

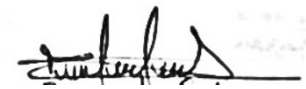
En cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 del 2015, la Resolución 2013 de 1986 *"por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo"* se designa como Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo de la siguiente forma:

| Designación | Nombre y Apellidos | Cedula |
|---|---|---|
| Principal 1 | Ginna Marcela González Fonseca | 1.023.861.208 |
| Principal 2 | Apolinar González Valencia | 11.172.423 |
| Suplente 1 | Alfonso Enrique Muñoz Olaya | 7.675.915 |
| Suplente 2 | Johan Andrés Chávez Toro | 1.064.802.885 |

En virtud a lo anterior, los referidos actuarán como COPASST principal y suplente por el término de 2 años de conformidad con el Decreto 1295 de 1994, período durante el cual el empleador se obliga a brindar 4 horas semanales dentro de la jornada normal para que estos realicen sus respectivas funciones.

Para constancia de lo anterior se firma a los 06 días del mes de febrero de 2025.

**Principal**



Ginna Marcela González Fonseca
CC1.023.861.208



Apolinar González Valencia
CC 11.172.423

**Suplente**



Alfonso Enrique Muñoz Olaya
CC 7.675.915



Johan Andrés Chávez Toro
CC 1.064.802.885

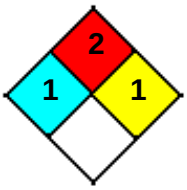
# Anexo 9

# Fichas de sustancias químicas

# HOJA DE DATOS DE SEGURIDAD

# A.C.P.M.

ROTULO NFPA




ROTULOS UN




## SECCIÓN 1: PRODUCTO QUÍMICO E IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

| | |
|---|---|
| **Nombre del Producto:** | A.C.P.M. |
| **Sinónimos:** | Diesel, Combustible Diesel, Aceite Combustible para Motores, Fuel Oil No 2 |
| **Fórmula:** | Mezcla compleja de hidrocarburos |
| **Número interno:** | |
| **Número UN:** | 1993 |
| **Clase UN:** | 3 |
| **Compañía que desarrolló la Hoja de Seguridad:** | Esta hoja de datos de seguridad es el producto de la recopilación de información de diferentes bases de datos desarrolladas por entidades internacionales relacionadas con el tema. La alimentación de la información fue realizada por el Consejo Colombiano de Seguridad, Carrera 20 No. 39 - 62. Teléfono (571) 2886355. Fax: (571) 2884367. Bogotá, D.C. - Colombia. |
| **Teléfonos de Emergencia:** | |

## SECCIÓN 2: COMPOSICIÓN E INFORMACIÓN SOBRE INGREDIENTES

**Uso:** Combustible automotor, combustible para locomotoras, generadores de electricidad, combustible para motores

**COMPONENTES**

| Componente | CAS | TWA | STEL | % |
|---|---|---|---|---|
| A.C.P.M | 68334-30-5 | 100 ppm. | N.R | 99.8-100 |

## SECCIÓN 3: IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

**VISIÓN GENERAL SOBRE LAS EMERGENCIAS:**

Apariencia: Líquido incoloro a ambar, de olor a hidrocarburo. Peligro. Líquido y vapor inflamables. La ingestión o inhalación ocasionan irritación, puede presentarse broncoaspiración y producir neumonitis química. Produce irritación de piel y ojos y se absorbe a través de la piel. Puede llegar a ser fatal. Altera el sistema nervioso central.

**EFECTOS ADVERSOS POTENCIALES PARA LA SALUD:**

**Inhalación:** Los vapores producen dolor de cabeza, náuseas, mareo, narcosis, irritación de los ojos, nariz, tráquea y pulmones, depresión del sistema nervioso central, inconciencia (a altas

| | |
|---|---|
| | temperaturas y ventilación deficiente). La aspiración del líquido dentro de los pulmones puede producir neumonía química. |
| **Ingestión:** | Puede resultar nocivo o fatal. Alto riesgo de aspiración si se presenta el vómito. Si se broncoaspira la sustancia puede causar neumonitis química |
| **Piel:** | Irritación, resequedad. Se absorbe por la piel. |
| **Ojos:** | Irritación, enrojecimiento y ardor. |
| **Efectos crónicos:** | Puede generar síntomas como irritación, náuseas, vómito y diarrea.Puede producir daños al sistema nervioso central, produce efectos tales como excitación, euforia, dolor de cabeza, desvanecimiento,somnolencia, visión borrosa, fatiga, temblor, convulsiones, pérdida de la conciencia, deficiencia respiratoria y finalmente la muerte. El contacto repetido o prolongado con la piel causa dermatitis y posible infección secundaria. |

## SECCIÓN 4: PROCEDIMIENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS

| | |
|---|---|
| **Inhalación:** | Trasladar al aire fresco. Si no respira administrar respiración artificial. Si respira con dificultad suministrar oxígeno. Mantener la víctima abrigada y en reposo. Buscar atención médica inmediatamente |
| **Ingestión:** | Lavar la boca con agua. Si está consciente, suministrar abundante agua. No inducir el vómito, si se presenta en forma natural, inclinar la víctima hacia el frente para reducir el riesgo de broncoaspiración, suministrar más agua. Buscar atención médica. Si la persona está inconsciente no suministrar nada por ingestión. |
| **Piel:** | Irritación, resequedad. Se absorbe por la piel. |
| **Ojos:** | Irritación, enrojecimiento y ardor. |
| **Nota para los médicos:** | Después de proporcionar los primeros auxilios, es indispensable la comunicación directa con un médico especialista en toxicología, que brinde información para el manejo médico de la persona afectada, con base en su estado, los síntomas existentes y las características de la sustancia química con la cual se tuvo contacto. |

## SECCIÓN 5: MEDIDAS EN CASO DE INCENDIO

| | |
|---|---|
| **Punto de inflamación (ºC):** | 71 c.c |
| **Temperatura de autoignición (ºC):** | 257 |
| **Límites de inflamabilidad (%V/V):** | 0.3 - 7 |
| **Peligros de incendio y/o explosión:** | Líquido y vapor inflamable. Puede encender por calor, chispa, llama o descarga electrostática. Los contenedores vacíos pueden tener residuos del producto que incluyen vapores que pueden formar mezclas inflamables y explosivas con el aire. Puede generar peligro si se pone en contacto con alguna fuente de agua (red alcantarillado, potable o fuente natural) generando situaciones potenciales de incendio y explosión. Los contenedores pueden explotar si son sometidos al calor. |
| **Medios de extinción:** | Polvo químico seco, dióxido de carbono, espuma tipo alcohol. |
| **Productos de la combustión:** | Monóxido de carbono, dióxido de carbono, hidrocarburos reactivos y óxidos de azufre. |
| **Precauciones para evitar incendio y/o explosión:** | Mantener alejado de toda fuente de ignición, calor, generación de electricidad estática y materiales incompatibles. Los equipos eléctricos, de iluminación y ventilación deben ser a prueba de explosión. Conectar a tierra los contenedores para evitar descargas electrostáticas. Igualmente no se deben rayar, perforar, soldar los contenedores de este material. Es importante mantener alejado el producto de materiales incompatibles. |

**Instrucciones para combatir el fuego:** Evacuar o aislar el área de peligro. Restringir el acceso a personas innecesarias y sin la debida protección. Detener la fuga si es posible. Ubicarse a favor del viento. Usar equipo de protección personal. Ventilar el área. No permitir que caiga en fuentes de agua y alcantarillas. Bombear con equipo anti-explosión. Absorber el remanente o los derrames pequeños con tierra diatomácea, arena o tierra. Recoger con herramientas que no produzcan chispas y depositar en contenedores limpios y secos con cierre hermético para su posterior disposición. Colocar en una instalación apropiada los desechos.

## SECCIÓN 6: MEDIDAS EN CASO DE VERTIDO ACCIDENTAL

Evacuar o aislar el área de peligro. Restringir el acceso a personas innecesarias y sin la debida protección. Detener la fuga si es posible. Ubicarse a favor del viento. Usar equipo de protección personal. Ventilar el área. No permitir que caiga en fuentes de agua y alcantarillas. Bombear con equipo anti-explosión. Absorber el remanente o los derrames pequeños con tierra diatomácea, arena o tierra. Recoger con herramientas que no produzcan chispas y depositar en contenedores limpios y secos con cierre hermético para su posterior disposición. Colocar en una instalación apropiada los desechos.

## SECCIÓN 7: MANEJO Y ALMACENAMIENTO

**Manejo:** Usar siempre protección personal así sea corta la exposición o la actividad que realice con el producto. Mantener estrictas normas de higiene, no fumar, ni comer en el sitio de trabajo. Usar las menores cantidades posibles. Conocer en donde está el equipo para la atención de emergencias. Leer las instrucciones de la etiqueta antes de usar el producto. Rotular los recipientes adecuadamente.

**Almacenamiento:** Lugares ventilados, frescos y secos. Lejos de fuentes de calor e ignición. Separar de materiales incompatibles. Rotular los recipientes adecuadamente y protejerlos del daño físico. Los equipos eléctricos, de iluminación y ventilación deben ser a prueba de explosión. Conectar a tierra los contenedores para evitar descargas electrostáticas. No permitir que el producto llegue a desagûes.

## SECCIÓN 8: CONTROLES DE EXPOSICION Y PROTECCIÓN PERSONAL

**Controles de ingeniería:** Ventilación local y general, para asegurar que la concentración no exceda los límites de exposición ocupacional. Debe disponerse de duchas y estaciones lavaojos. Es necesario mantener unas buenas prácticas de higiene química, no comer, beber, o fumar en el área de trabajo. Evitar el contacto prolongado o repetido con el producto.

**EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL:**

**Protección de los ojos y rostro:** Gafas de seguridad para químicos con protección lateral.

**Protección de piel:** Ropa de protección química, guantes impermeables de nitrilo/viton.

**Protección respiratoria:** Para bajas concentraciones use tapa bocas, si la concentración excede los límites de seguridad use respirador adecuado.

**Protección en caso de emergencia:** Equipo de respiración autónomo (SCBA) y ropa de protección total.

## SECCIÓN 9: PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS

**Apariencia, olor y estado físico:** Líquido claro a ámbar con olor a hidrocarburo.

**Gravedad Específica (Agua=1):** 0.82 - 0.87 / 20°C

**Punto de Ebullición (ºC):** 207

**Punto de Fusión (ºC):** -20 a -40

**Densidad relativa del vapor (Aire=1):** Mayor a 3.

| | |
|---|---|
| **Presión de vapor (mm Hg):** | 0.5 / 20°C |
| **Viscosidad (cp):** | >0.85 |
| **pH:** | Neutro. |
| **Solubilidad:** | Insoluble en agua. Soluble en otros hidrocarburos. |

## SECCIÓN 10: ESTABILIDAD Y REACTIVIDAD

**Estabilidad química:** Estable bajo condiciones normales de uso y almacenamiento.

**Condiciones a evitar:** Calor, llamas y materiales incompatibles.

**Incompatibilidad con otros materiales:** Halógenos, ácidos fuertes, álcalis y agentes oxidantes.

**Productos de descomposición peligrosos:** Los productos de la combustión o pirólisis dependen del grado de la reacción. Los productos de combustión asociados son monóxido y dióxido de carbono y algunos compuestos orgánicos no identificados..

**Polimerización peligrosa:** No ocurre polimerización.

## SECCIÓN 11: INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA

Si se aspira la sustancia dentro de los pulmones puede causar neumonitis química.

DL50 (oral, ratas) = 7500 mg/kg.

DL50 (piel, conejo)= mayor a 5mL/Kg.

Productos de similar composición han producido cancer de piel en animales de laboratorio. No se han reportado casos de mutagenicidad, tetarogenicidad, neurotoxicidad hasta el momento.

## SECCIÓN 12: INFORMACIÓN ECOLÓGICA

Mortal para la vida acuática y todo tipo de vida animal, en las fuentes de agua por tratarse de un compuesto menos denso que el agua flota y disminuye la transferencia de oxígeno, alterando las condiciones aeróbicas. Al ser absorbido a través de la piel se hace bioacumulable y produce la muerte de la fauna y peces. Debe evitarse la llegada del producto a fuentes de agua, para evitar su rápida dispersión.

## SECCIÓN 13: CONSIDERACIONES DE DISPOSICIÓN

Debe tenerse presente la legislación ambiental local vigente relacionada con la disposición de residuos para su adecuada eliminación.

Los desechos de la absorción del derrame se pueden eliminar por incineración controlada en un lugar aislado. Según las regulaciones no se tiene catalogado como residuo peligroso, pero puede tratarse como un residuo con característica de peligro de ignición.

## SECCIÓN 14: INFORMACIÓN SOBRE TRANSPORTE

Etiqueta roja de líquido inflamable. No se puede transportar con sustancias explosivas, gases inflamables o venenosos, sólidos de combustión espontánea, sustancias comburentes, peróxidos orgánicos, materiales radiactivos ni sustancias con riesgo de incendio.

Grupo de empaque: III

## SECCIÓN 15: INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

1. Ley 769/2002. Código Nacional de Tránsito Terrestre. Artículo 32: La carga de un vehículo debe estar debidamente empacada, rotulada, embalada y cubierta conforme a la normatividad técnica nacional.

2. Decreto 1609 del 31 de Julio de 2002, Por el cual se reglamenta el manejo y transporte terrestre automotor de mercancías peligrosas por carretera.

3. Ministerio de Transporte. Resolución número 3800 del 11 de diciembre de 1998. Por el cual se adopta el diseño y se establecen los mecanismos de distribución del formato único del manifiesto de carga.

4. Los residuos de esta sustancia están considerados en: Ministerio de Salud. Resolución 2309 de 1986, por la cual se hace necesario dictar normas especiales complementarias para la cumplida ejecución de las leyes que regulan los residuos sólidos y concretamente lo referente a residuos especiales.

5. Ministerio de Minas y Energía. Decreto número 283 del 30 de enero de 1990 por el cual se reglamenta el almacenamiento, manejo, transporte, distribución de combustibles líquidos derivados del petróleo y el transporte por carrotanques de petróleo crudo.

6.Ministerio de Minas y Energía. Decreto número 553 de febrero 6 de 1991 por el cual se reglamenta la ley 25 de 1989 y se modifica parcialmente el decreto 283 de 1990.

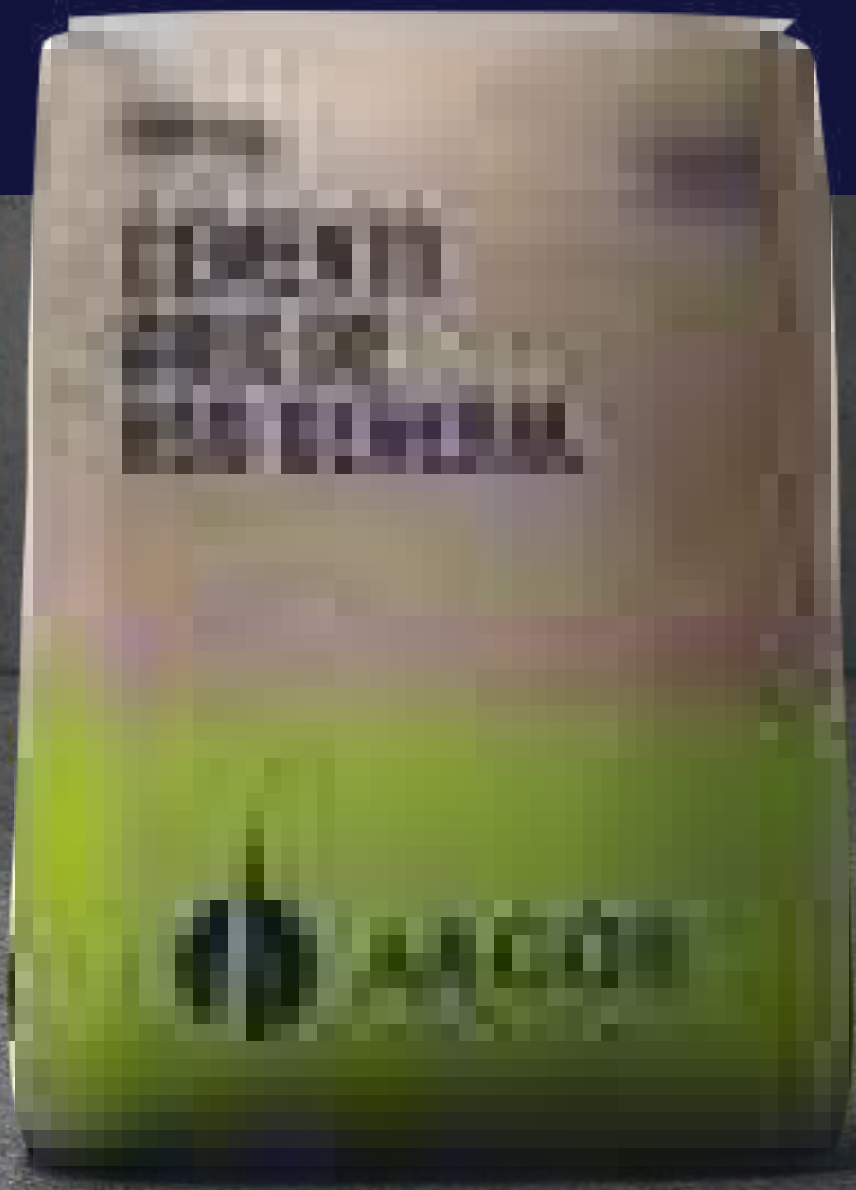
## SECCIÓN 16: OTRAS INFORMACIONES

La información relacionada con este producto puede no ser válida si éste es usado en combinación con otros materiales o en otros procesos. Es responsabilidad del usuario la interpretación y aplicación de esta información para su uso particular

**BIBLIOGRAFÍA:**

**FICHA TÉCNICA /** VERSIÓN 11

# CEMENTO GRIS DE USO GENERAL



ARGOS | LUZ VERDE

Empresa de cemento del GRUPO ARGOS

# CEMENTO GRIS DE USO GENERAL

Es un cemento que se puede usar para la fabricación de morteros, lechadas y concretos utilizados para la construcción en general.

Las especificaciones del Cemento Gris de Uso General cumplen con los valores de la Norma Técnica Colombiana NTC 121 (Tipo UG).

## USOS:

- Morteros para pisos, nivelaciones, lechadas y emboquillados.
- Reparaciones, remodelaciones, pequeñas obras y diversas aplicaciones domésticas.
- Producción de elementos prefabricados de pequeño y mediano formato.
- Morteros para mampostería, pega de cerámicos, enchapes, acabados, recubrimientos interiores y para fachadas.
- Todo tipo de elementos de concreto que no requieran características especiales.

## BENEFICIOS:

### VENTAJAS CONSTRUCTIVAS

- Es un producto versátil, con muchas posibilidades de aplicación.

### VENTAJAS EN SOSTENIBILIDAD

Al utilizar el "Cemento Gris de Uso General" de Argos, se garantiza el uso de un producto suministrado por una empresa responsable en materia ambiental, social y económica, y transparente con sus grupos de interés, tal y como se evidencia en el "Reporte Integrado" que Argos realiza anualmente con base en la Global Reporting Initiative (GRI) y otros estándares reconocidos internacionalmente, en el cual presenta los resultados de su desempeño y sus planes de acción, en relación con cada uno de los aspectos más relevantes para la sostenibilidad del negocio y sus grupos de interés. Este reporte se puede encontrar en la página web de la compañía (www.argos.co), en la sección "Sostenibilidad".

Dentro de las características de sostenibilidad generales del "Cemento Gris de Uso General", se destacan:

Material con contenido reciclado, disminuyendo de esta manera el consumo de recursos naturales no renovables en su fabricación.
**Nota:** Los porcentajes de contenido reciclado pre-consumo pueden variar de acuerdo con el tipo de producto y la disponibilidad del material. Algunos productos o plantas pueden no tener dicha adición.

Producto fabricado en la región: a 160 km o menos de distancia del punto de venta o de la obra.
**Nota:** Esta distancia puede variar dependiendo de la ubicación geográfica de la obra y de la planta.



Se cuenta con diferentes alternativas amigables con el ambiente para el transporte de este producto, incluyendo vehículos eléctricos y vehículos a gas.
**Nota:** Las alternativas de transporte pueden variar dependiendo de la ciudad donde se ubique la obra.



Producto clasificado como fuente inherentemente no emisora de Compuestos Orgánicos Volátiles – COV, lo que contribuye a una mejor calidad ambiental de los interiores.




El empaque de este producto podrá ser devuelto a la compañía para aprovechamiento del material, de acuerdo con las condiciones específicas del programa Sacos Verdes y la ubicación de la obra, de esta forma se contribuye a la gestión de residuos de construcción y demolición (RCD) reglamentada por la Resolución 472 de 2017 y 1257 de 2021 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y otras normas.



Material con Análisis de Ciclo de Vida (LCA, por sus siglas en inglés) y Auto-Declaración Ambiental de Producto (Self-declaration, en inglés).

Teniendo en cuenta lo anterior, este producto, combinado con las estrategias de diseño y construcción de la edificación, puede contribuir a obtener puntos en las siguientes certificaciones de construcción sostenible*:

| CERTIFICACIÓN | LEED | CASA COLOMBIA |
|---|---|---|
| CRITERIO | **Pre-requisito:**<br>· Plan de manejo de residuos de construcción y demolición.<br><br>**Materiales y Recursos:**<br>· Transparencia y optimización de productos de construcción - Fuentes de materias primas.<br><br>· Transparencia y optimización de productos de construcción - EPD.<br><br>**Calidad Ambiental Interiores:**<br>· Materiales de baja emisión. | **Sostenibilidad en obra:**<br>· Obligatorio: Plan de manejo de residuos de construcción y demolición.<br><br>· Gestión avazada de residuos de construcción y demolición.<br><br>**Eficiencia en materiales:**<br>· Origen regional de los materiales.<br><br>· Especificación de productos y materiales de bajo impacto ambiental.<br><br>· Priorización de productos con atributos múltiples de sostenibilidad. |

Para conocer las características de sostenibilidad específicas del cemento suministrado a tu proyecto y los detalles de la contribución a la obtención de las certificaciones mencionadas anteriormente, puedes solicitar el certificado correspondiente a través de los canales de atención de la empresa.

***La aplicación a los lineamientos y categorías, así como el número de puntos que se puedan obtener, está sujeto a la versión, tipología y uso del producto. Argos no garantiza la obtención de puntos o la obtención de la certificación.**

## PRESENTACIÓN:

- Sacos de: 1 kg - 5 kg - 25 kg - 50 kg.

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

| PARÁMETROS FÍSICOS | | NORMA DE ENSAYO | NTC 121 TIPO UG |
|---|---|---|---|
| Finura | Blaine, min. ($cm^2/gr$) | NTC 33 | A |
| | Retenido Tamiz 45 µm (%) | NTC 294 o NTC4985 | A |
| Tiempo de fraguado, Ensayo de Vicat[B] | No menos de, minutos | NTC 118 | 45 |
| | No mas de, minutos | NTC 118 | 420 |
| Contenido de Aire en Volumen de mortero, máx. (%) | | NTC 224 | 12 |
| Expansión de barras de mortero a 14 días, máx. | | NTC 4927 | 0.020 |
| **RESISTENCIA MÍNIMA A LA COMPRESIÓN (MPa)** | | | |
| 3 días | | NTC 220 | 8.0 |
| 7 días | | NTC 220 | 15.0 |
| 28 días | | NTC 220 | 24.0 |

A: Los resultados de estos ensayos deben ser informados en todos los reportes que sean solicitados.
B: El tiempo de fraguado se refiere al tiempo de fraguado inicial en la NTC 118.

## RECOMENDACIONES:

- En la elaboración de concretos se recomienda la revisión y aplicación de la NTC 3318 y Norma Sismo Resistente Colombiana vigente; requisitos de producción, calidad y durabilidad.
- Almacenar el cemento en un lugar seco, cubierto y alejado de zonas húmedas.
- Conservar el cemento sobre estibas y no sobre el suelo.
- Una vez abierto el saco se debe consumir de manera inmediata.


## ESTAMOS PARA AYUDAR

En ARGOS estamos comprometidos a ayudarte a construir grandes obras y sacar el mejor provecho de nuestros productos. Si tienes preguntas o reclamos sobre este producto comunícate con nuestros canales de atención:

DESDE TELÉFONO FIJO: **018000527467**

DESDE CELULAR: **323 254 0144**

Asesoría técnica:
**ASESORVIRTUAL@ARGOS.COM.CO**

Para aprender sobre la tecnología y aplicaciones de este producto, ingresa a: **WWW.360ENCONCRETO.COM**

Para mayor información acerca de nuestros productos y servicios, consulta nuestra página web: **COLOMBIA.ARGOS.CO**



ARGOS

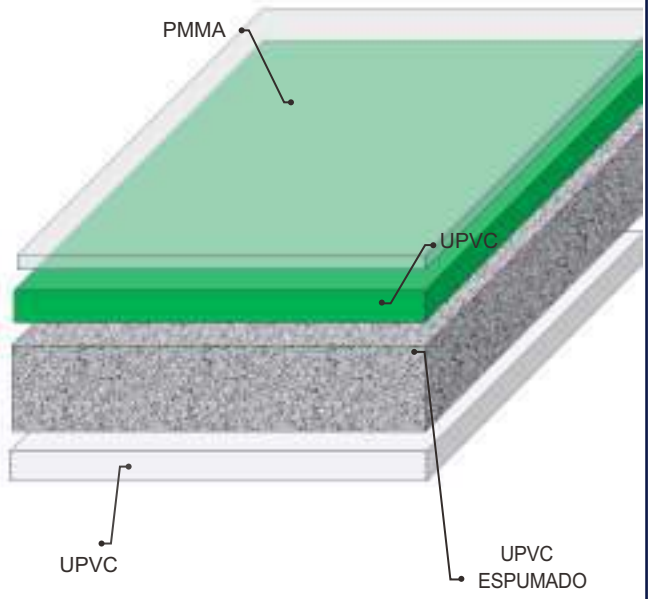
Empresa de cemento del GRUPO ARGOS

MATHIESEN
YOUR RELIABLE GLOBAL SUPPLIER

# UPVC FORTE

La teja **UPVC FORTE** de Mathiesen es una teja multicapa fabricada en UPVC (PVC No plastificado) con beneficios de aislamiento térmico y acústico.

Ofrece resistencia a la corrosión por humedad, salinidad y una amplia gama de productos químicos. Clasificación al fuego B1 (C-s3, d0) no combustibles. No propaga llamas, resistente al impacto, con gran resistencia mecánica y posee protección UV.




Libres de CFC y HCFC.
Nuestros procesos de fabricación incluyen el uso de aguas lluvia y optimización de energía eléctrica, así como también la recirculación de los desperdicios.

**Resistencia al impacto.**

**Alta resistencia a la corrosión, ambientes ácidos y alcalinos.**

**Material Dieléctrico (aislante de electricidad)**

**Ligero y de fácil instalación.**

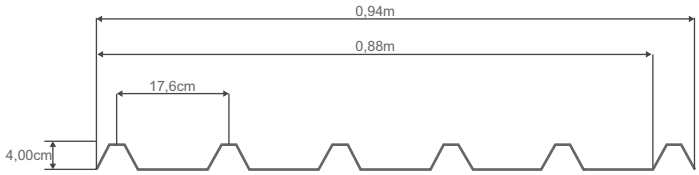
**Auto extinguible.**

**Aislamiento Térmico Y acústico.**

**Ideal para cualquier tipo de clima.**

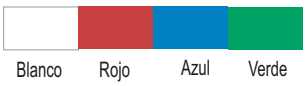
**Apariencia moderna y elegante.**

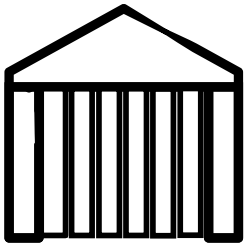
**Protección contra los rayos UV.**






## Colores Disponibles



## Aplicaciones

- Cubiertas y Fachadas
- Proyectos Institucionales
- Proyectos residenciales
- Proyectos comerciales
- Proyectos Industriales
- Estacionamientos


www.grupomathiesen.com/colombia
Parque empresarial San Diego Bodega C Manzana 2 - Funza, Cundinamarca
ventas-construccion@grupomathiesen.com
@mathiesenconstruccioncol
Versión:2024-1

MATHIESEN
YOUR RELIABLE GLOBAL SUPPLIER

# UPVC FORTE

## Tabla de cargas

| ítem / Distancia entre apoyos | 0,80m | 1,00m | 1,20 | 1,40m |
|---|---|---|---|---|
| Teja UPVC Forte 2,00mm | 155kg | 135kg | 115kg | |
| Teja UPVC Forte 2,50mm | 160kg | 140kg | 120kg | 65kg |

Las cargas se consideran como uniformemente distribuidas (kg/m2). Carga para una (1) luz /dos (2) apoyos.
Las cargas obedecen a una deflexión del 3% de la luz.

## Especificaciones Técnicas

| | |
|---|---|
| Longitudes | 5,90m y 11,80m |
| Ancho total | 0,94m |
| Ancho útil | 0,88m |
| Altura de Crestas | 4,00cm |
| Número de Crestas | 6 |
| Traslapo Longitudinal | 1 cresta (6,00 cm) |
| Traslapo Transversal | 20,00cm |
| Pendiente Mínima | 15% sin traslapo y 20% con traslapo |
| Conductividad Térmica | 0,07 W/m*K |
| Índice de reducción de sonido STC | 20 |
| Voladizo Máximo | 20,00cm |
| Espesores | 2,00mm colores y 2,50mm color blanco |
| Peso | 2,00mm: 4,25kg/m2 -2,50mm: 5,58kg/m2 |
| Radio Mínimo de Curvatura | 15,00m |

## Pruebas de Laboratorio

| Prueba | Resultado | Observaciones |
|---|---|---|
| Envejecimiento Arco de Xenón | 2-3 Escala de grises ΔE*ab 3,5 | ISO 4892-2:2013 ISO 105-A02:1993 Cor2:2005 ASTM D2244-11 |
| **Resistencia Química** Ácido Muriático 35% (m/m) HCl(AR) Ácido Sulfúrico 30% (m/m) H2SO4(AR) Álcali 40% (m/m) NaOH (AR) | Sin cambios Visibles | ISO 175-2010 |
| Densidad | 1,799 g/cm3 Alcohol Absoluto 23°C (+/- 0,5) | ISO 1183-1:2012 Método A |
| Módulo de Flexión | 4520 Mpa | ISO 178:2010/Amd.1:2013 Método A Velocidad de Prueba 1mm/min Vano: 50mm |
| Temperatura ablandamiento Vicat | 77,3°C | ISO 306:2004 Method B50 |
| Resistencia al impacto | Muestras con rotura: 0 | GB/T 8814-2004 sección 5.7 y 6.7 |
| Cambio Dimensional | X: -0,7% - Y: -1,3% | ASTM D1204-08 |
| Transferencia de calor | 0,09 W/m*K | ASTM C518-17 |
| Transferencia de Sonido | STC 23 | ASTM E413-10 |
| Comportamiento al Fuego | Clase B2 | DIN 4102-1:1998-05 |

## Fijaciones

Set de fijación: Tornillo con recubrimiento RUSPERT 12-14 x 3¨ + Arandela Neopreno Maxiseal + Capelote de seguridad en aluminio.



Notas: En zonas de cargas críticas como vientos fuertes y otros, se recomienda la instalación continua (Un set de fijación en cada cresta). El esquema de fijación es para cada correa/apoyo.

- No ejercer un torque excesivo en las fijaciones.
- Se debe pre-taladrar un orificio por lo menos 2,00mm mayor al diámetro del tornillo.

## Complemento

| Material Teja | Espesor | Transmisión de Luz |
|---|---|---|
| PRFV | 0,90mm (+/-2,00mm) | 35% |

## Accesorios

**Ancho:** 30cm por cada ala.
**Largo:** 94cm
**Pendiente:** 58%




### Almacenamiento

- La teja se debe almacenar en una parte plana, alejada del suelo, debe estar apoyada en su totalidad y con buena ventilación.
- La teja debe estar protegida de la intemperie. Nunca debe estar expuesta directamente al sol y/o lluvia.
- Los arrumes no deben superar las 100 Unidades.

### Transporte

- 5,90m - 3 personas mín y 11,80m - 4 personas mín.
- En caso de izaje mecánico se recomienda el uso de camillas en la totalidad de la longitud de la teja o mínimo de 3 apoyos para las tejas de 5,90m y 5 apoyos para tejas de 11,80m. Los apoyos deberán tener un ancho mínimo de 20cm y considerar un voladizo máximo en los en los extremos de 1,20m. No realizar izajes con arrumes de más de 20 tejas por vez.

### Recomendaciones y Notas Importantes

- Nunca transite directamente sobre la teja. Utilice siempre caminadores o escalerillas.
- No se recomienda el uso de cielo raso.
- En todos los casos se recomienda garantizar el flujo de ventilación constante del espacio.
- En caso de usar cielo raso, se recomienda un espacio de 80cm desde la parte más baja de la cubierta hasta el cielo raso y un flujo de ventilación suficiente y constante entre el cielo raso y cubierta.
- Verificar de manera previa a la instalación que la estructura esté correctamente nivelada.
- Mathiesen Colombia S.A.S. no presta el servicio de instalación por lo que los inconvenientes de esta naturaleza y/o mala manipulación no están cubiertos por la garantía. La cubierta debe ser instalada por personal idóneo que siga las recomendaciones de la documentación técnica de Mathiesen Colombia SAS
- La garantía no cubre daños por causa de vandalismo, terceros, y/o fenómenos meteorológicos extremos tales como tormentas, granizo, huracanes, sismos, entre otros, o cualquier evento que supere la resistencia del producto.
- Es indispensable que se consulte la ficha técnica y manual técnico del producto antes de realizar la instalación.
- Las recomendaciones de este documento son de manera general y no reemplazan en ninguna forma las necesidades propias de cada proyecto.
- En caso de solicitud de reclamación por garantía, se recomienda no desinstalar el producto antes de ser revisado.
- El no tener en cuenta estas recomendaciones puede ser causal de invalidez de la garantía.
- La información en este documento esta constantemente en revisión y actualización. La información esta sujeta a cambios sin previo aviso al cliente y sin generar algún tipo de responsabilidad.
- Las cubiertas pueden presentar diferencias de tonalidad o uniformidad en el acabado sin que esto afecte su desempeño mecánico y funcional.
- Revise completamente el producto al momento de recibirlo. En caso de ser necesario se deben realizar todas las anotaciones necesarias en todas las copias de remisión.


www.grupomathiesen.com/colombia
Parque empresarial San Diego Bodega C Manzana 2 - Funza, Cundinamarca
ventas-construccion@grupomathiesen.com
@mathiesenconstruccioncol
Versión:2024-1




# ESMALTON BLANCO MATE Y NEGRO MATE

## REF: ES-371 y ES-380

## 1. DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO:

Producto de secamiento al aire elaborado con resinas alquídicas y pigmentos de color seleccionados, de acabado mate, excelente calidad, flexibilidad, retención de color y alta durabilidad. Este producto puede lavarse con agua y jabón una vez haya curado completamente.

## 2. USOS:

Recomendado para uso interior y exterior. Su mayor utilidad se encuentra en la decoración de muebles, puertas, paredes, divisiones arquitectónicas y superficies metálicas en general.

## 3. DATOS TÉCNICOS:

| *CARACTERISTICA* | *VALOR ESTANDAR* |
|---|---|
| ***Color*** | Blanco mate y negro mate |
| ***Rendimiento Teórico a 2 manos ($m^2$/Gl)*** | 25 – 30 |
| ***Peso/Gal (Kg/Gl)*** | |
| **ES-371** | 4,6 – 4,8 |
| **ES-380** | 4,0 – 4,2 |
| ***Viscosidad STORMER a 25°C.*** | 90 – 95 KU |
| ***SECAMIENTO (25°C, 50 % HR)*** | |
| **Al tacto** | 2 – 4 horas |
| **Manejo** | 8 horas |
| **Repintado** | 4 – 6 horas |
| **Secado Final** | 30 días |

*NOTA: El rendimiento práctico puede variar dependiendo de la clase de substrato sobre el que se aplique, forma de aplicación y espesor de película.*

## 4. PREPARACIÓN DE LA SUPERFICIE:

- ✓ Antes de aplicar *ESMALTON TONNER®* es necesario revisar la superficie a trabajar, de tal manera que se encuentre seca, limpia, libre de óxido, grasa, polvo, mugre o pintura vieja.

- ✓ Se deben reparar todos los defectos que puedan afectar el acabado final de la superficie.

- ✓ En caso de que la superficie tenga restos de pinturas aplicadas anteriormente, se deben eliminar por completo con ayuda de lija, rasqueta metálica, cepillo de alambre o *REMOVEDOR TONNER®,* eliminando todos los residuos del mismo.

- ✓ **Material ferroso:** Se debe lijar muy bien la superficie y aplicar previamente *ANTICORROSIVO TONNER®.*

- ✓ **Material NO ferroso:** Para material no ferroso como zinc, hojalata, aluminio, galvanizados, entre otros, se debe verificar que la superficie este bien limpia y seca, y luego aplicar una capa de *WASH PRIMER TONNER®,* para una óptima adherencia, y a continuación aplicar *ANTICORROSIVO TONNER®.*

- ✓ Sobre superficies de madera, selle previamente las vetas con sellador, dejando secar por lo menos 12 horas antes de aplicar *ESMALTON TONNER®.*

## 5. PREPARACIÓN DEL PRODUCTO:

Mezclar muy bien la pintura con una espátula raspando la pared y el fondo del envase, hasta conseguir un material completamente uniforme.

- ✓ Puede aplicarse con brocha o rodillo.
- ✓ Para aplicar con pistola diluir máximo con 1/8 de **VARSOL** por galón.
- ✓ NO usar como diluyente Thinner, ya que puede remover la base sobre la que se aplique.

## 6. PRESENTACIONES:

- ✓ Cuñete de 5 galones
- ✓ Galón
- ✓ Cuarto de galón

## 7. RECOMENDACIONES DE ALMACENAMIENTO Y SEGURIDAD:

- ✓ Manténgase fuera del alcance de los niños.
- ✓ El producto debe mantenerse almacenado en un lugar bien ventilado y fresco.
- ✓ Mantener alejado del calor, superficies calientes, chispas, llamas al descubierto y otras fuentes de ignición. No fumar cerca ni mientras se manipula el producto.
- ✓ Contiene productos inflamables.
- ✓ Maneje una ventilación natural o local al aplicar el producto, ya que desprende vapores que pueden entrar en combustión en presencia de chispas, llamas o cualquier otra fuente de ignición.
- ✓ Mantenga los envases herméticamente sellados. Una vez abierto el envase, se debe utilizar el producto en el menor tiempo posible, siguiendo las recomendaciones de almacenamiento y seguridad.
- ✓ No comer, ni beber mientras se manipula el producto.
- ✓ Evite la inhalación prolongada de sus vapores, usando elementos de protección adecuados como respirador con filtros para gases y vapores orgánicos e inorgánicos.
- ✓ Usar guantes de caucho y ropa de protección/equipo de protección para los ojos/la cara.
- ✓ Practique toda la higiene personal apropiada después de usar el producto.
- ✓ Eliminar el contenido/recipiente conforme a la reglamentación vigente. Los desechos por ningún motivo deben arrojarse a la cañería o cualquier fuente de agua natural o artificial.

***Para mayor información de manipulación, almacenamiento, seguridad, entre otros, solicitar la Ficha de Datos de Seguridad del producto.***

*Los datos técnicos, y especificaciones de uso que se dan en esta ficha técnica son para la orientación del usuario basados en la experiencia de la Empresa y su Departamento Técnico. Lo anterior no constituye una garantía ya que no conocemos las condiciones de uso, almacenaje o manipulación del producto. Por lo anterior es responsabilidad del usuario realizar sus propios ensayos antes de utilizar nuestros productos. Pinturas Tonner® se reserva el derecho de modificar esta información técnica sin previo aviso, sin que esto signifique disminución de la calidad de los productos .Nuestro Departamento Técnico está en disposición de resolver cualquier inquietud.*

***Pinturas Tonner.*** ***Calle 53 No. 3 –41. Entrada 3.Cazucá-Soacha-Bogotá-Colombia.***
***PBX 780 32 99***

***www.pinturastonner.com***

**Emergencias: tel 018000 51 1414 (todo el país). Servicio 24 horas**
**Centro de Información de Sustancias Químicas, Emergencias y Medio Ambiente**

# HOJA DE SEGURIDAD

## GASOLINA SIN PLOMO




**1203**

### SECCIÓN 1. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO QUÍMICO

Sinónimos: Espíritu de motor. Gasolina automotor libre de plomo.
Líquido incoloro o amarillo con olor característico a petróleo.

### SECCIÓN 2 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

Líquido y vapor inflamables. Peligro de incendio o explosión por calor, chispa o llamas.
El vapor puede causar dolor de cabeza, náuseas, vértigo, somnolencia,
inconsciencia y muerte. Irritante leve o medio para piel y ojos.

### SECCIÓN 3. COMPOSICIÓN, INFORMACIÓN SOBRE LOS COMPONENTES

Mezcla de hidrocarburos volátiles de C4 a C12 y aditivos especiales. Puede contener marcadores y trazas de benceno.
**Números CAS: [8006-61-9] otros: [68425-31-0] [68514-15-8] [68606-11-1]**

### SECCIÓN 4. MEDIDAS DE PRIMEROS AUXILIOS

**Inhalación:** Tome precauciones para su propia seguridad (utilice equipo de protección adecuado, retire la fuente de contaminación o mueva la víctima al aire fresco). Personal capacitado debe suministrar respiración artificial si la víctima no respira, o aplicar resucitación cardiopulmonar si hay paro cardíaco y respiratorio. Evite el contacto directo boca a boca. Obtenga atención médica de inmediato.
**Contacto con la piel:** Retire rápidamente el exceso del gasolina. Lave por completo el área contaminada con abundante agua y un jabón no abrasivo durante por lo menos 5 minutos, o hasta que el producto sea removido. Debajo de la corriente de agua retire la ropa contaminada, zapatos y artículos de cuero contaminados. Si persiste la irritación repita el lavado. Obtenga atención médica de inmediato. La ropa debe descontaminarse antes de su reutilización.
**Ingestión:** Si la víctima está consciente, dele a beber dos o tres vasos de agua lentamente. NO INDUZCA AL VÓMITO; si éste ocurre naturalmente, mantenga la víctima inclinada para reducir riesgo de aspiración. Repita la administración de agua. Obtenga ayuda médica.
**Contacto con los ojos**: Retire rápidamente el exceso de gasolina. Lave de inmediato en una estación lavaojos con abundante agua tibia a baja presión, durante por lo menos 5 minutos o hasta que el producto sea removido, manteniendo los párpados separados. Evite que el agua contaminada caiga sobre la cara o el ojo no contaminado. Obtenga atención médica de inmediato.

### SECCIÓN 5. MEDIDAS PARA EXTINCIÓN DE INCENDIOS

**Consideraciones especiales:** Líquido extremadamente inflamable. Puede entrar en ignición fácilmente a temperatura ambiente. Puede formar mezclas explosivas con el aire a concentraciones bajas. El líquido puede acumular cargas estáticas por transvase o agitación. Los vapores pueden arder por descargas estáticas. Los vapores son más pesados que el aire y pueden viajar distancias considerables hasta una fuente de ignición y devolverse hasta el lugar de una fuga o un contenedor abierto. El líquido puede flotar sobre el agua hasta una fuente de ignición y regresar en llamas. Durante incendios puede producir gases tóxicos e irritantes. Los contenedores pueden estallar con calor o fuego.
**Procedimiento:** Si hay un contenedor o carrotanque involucrado, evacúe el área en 800 metros. De lo contrario, evacúe como mínimo 50 metros. Detenga la fuga antes de intentar detener el fuego, si puede hacerlo en forma segura; de lo contrario permita que el fuego se extinga por sí solo. Si las llamas son extinguidas sin detener la fuga, los vapores pueden formar mezclas explosivas con el aire que vuelvan a arder. El agua puede ser inefectiva debido al bajo punto de inflamación y la baja solubilidad de la gasolina. Utilíce el agua en forma de niebla únicamente par enfrirar los contenedores, nunca para apagar el fuego. Debe utilizarse traje especial y equipo de respiración autocontenido. Aproxímese al fuego en la misma dirección del viento. Enfríe con agua en forma de rocío los contenedores expuestos y retírelos si puede hacerlo sin peligro. Para incendios masivos utilice boquillas con soportes.
**Medios de extinción apropiados:** Fuegos pequeños: dióxido de carbono, polvo químico seco, espuma regular.
**Fuegos grandes:** Espuma regular. No use agua en forma de chorro.
**NFPA:** Salud **1**; Inflamabilidad **3**; Inestabilidad **0** (clasificación oficial de la NFPA)

### SECCIÓN 6. MEDIDAS PARA ESCAPE ACCIDENTAL

Ubíquese en la dirección del viento con protección adecuada. Evite zonas bajas. Elimine toda fuente de ignición incluyendo baterías y motores, chispas o llamas. Detenga o controle la fuga, si puede hacerlo sin peligro. Ventile la zona del derrame. No use palas metálicas.
**Derrames Pequeños:** Evacúe y aísle en 25 a 50 metros. Contenga el derrame con absorbentes inertes como calcetines, almohadillas o tapetes para solventes, chemizorb o vermiculita. NO USE TIERRA, ARENA NI ASERRÍN. Introduzca en contenedores cerrados y marcados. Lave el área con agua y jabón.
**Derrames Grandes:** Evacúe y aísle el área 300 metros en todas direcciones. Utilice agua en forma de rocío para enfriar y dispersar los vapores y proteger al personal. Evite que el material derramado caiga en fuentes de agua, desagües o espacios confinados. Avise a organismos de socorro.
**Vertimiento en agua:** Utilice absorbentes tipo espagueti para retirar el hidrocarburo de la superficie.
**Absorbentes Recomendados:** Almohadillas, calcetines, espagueti (boom).

### SECCIÓN 7. MANEJO Y ALMACENAMIENTO

Evite toda fuente de ignición (chispas, llamas, calor, cigarrillos encendidos). Conecte a tierra contenedores, estanterías y tuberías. Use sistemas a prueba de chispas y de explosión. Evite generar vapores o neblinas. Nunca realice operaciones de sifón con la boca. NUNCA use este producto para lavarse las manos o los brazos. Lávese completamente las manos después de su manipulación. Evite contacto con los ojos, la piel y la ropa. Almacene bien cerrado en lugar bien ventilado, alejado de materiales incompatibles y fuentes de ignición. A temperatura ambiente (de 15 a 25 ℃).

### SECCIÓN 8. CONTROLES DE EXPOSICIÓN, PROTECCIÓN PERSONAL

**TWA:** 300 ppm (890 mg/m3). **STEL (TECHO):** 500 ppm (1480 mg/m3). **Carcinogenicidad A3** (Cancerígeno en animales). (ACGIH).

**Elementos de protección personal sugeridos:**



**>8hr:** Nitrilo, Viton.
**>4hr:** PVA. 4H®



**>4hr:** Caucho nitrilo.



Contacto prolongado o repetido: Trajes de Viton® o Responder®.
Riesgo leve o moderado de salpicaduras: traje en Tyvek® QC, Tychem®
Riesgo alto de salpicadura: Tyvek®-Saranex laminado, CPF® 3 o 4, Responder®, Viton®.



Ducha



Lavaojos



**Hasta 500 ppm:** respirador purificador de aire con pieza facial completa y cartucho para vapores orgánicos.
**Mayor que 500 ppm o desconocidas**: Equipo de respiración autocontenido.

## SECCIÓN 9. PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS

**Punto de ebullición:** Varía entre 50 y 200 ℃ **Densidad del vapor:** 2,5-3,7 (aire=1).
**Gravedad específica:** 0,72 a 0,76 a 20℃ (agua=1). **Temperatura de autoignición:** Corriente: Aprox. 399℃. Extra: Aprox. 454℃
**Velocidad de evaporación:** Variable. Mayor que 10 (Acetato de butilo=1)
**Temperatura de inflamación:** gasolina extra:-40℃ (copa cerrada) **Valor de pH:** No aplicable
**Límites de explosividad:** Inferior: entre 0,6% y 1;4%. Superior: entre 7,6% y 8,0%
**Umbral de olor:** 0,3 ppm. Buen signo de advertencia.
**Solubilidad:** Prácticamente insoluble en agua (0,1 - 1%). Completamente soluble en éter, cloroformo, etanol y otros solventes del petróleo.

## SECCIÓN 10. ESTABILIDAD Y REACTIVIDAD

Estable en condiciones normales de manejo y almacenamiento.
**Incompatibilidades:** oxidantes fuertes (como ácido nítrico, hipoclorito de sodio, agua oxigenada, etc). No corrosivo a los metales.
**Condiciones a evitar:** Evitar descargas estáticas, chispas, llamas abiertas, calor y otras fuentes de ignición.
**Productos de descomposición térmica:** monóxido de carbono, dióxido de carbono, hidrocarburos reactivos, aldehídos.

## SECCIÓN 11. INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA

**Inhalación:** Vapores o nieblas pueden causar irritación de la nariz y garganta, depresión del sistema nervioso central manifestada en mareos leves, vértigo, dolor de cabeza, pérdida de apetito, falta de coordinación, desorientación, vómito. En áreas mal ventiladas o espacios confinados puede ocurrir pérdida de la conciencia y asfixia.
**Contacto con la piel:** Contacto prolongado (durante 30 minutos o más) causa irritación severa (enrojecimiento y dolor), quemaduras serias y caída de epidermis. Puede ocurrir absorción, pero no en grado significativo. Por exposición prolongada pueden absorberse candidades peligrosas. Por contacto frecuente o prolongado puede causar resecamiento, efecto desengrasante, resquebrajamiento, irritación y dermatitis. También se han reportado reacciones alérgicas.
**Contacto con los ojos:** Los vapores producen irritación. El líquido puede causar dolor y enrojecimiento temporales, pero no daño permanente.
**Ingestión:** Moderadamente tóxico por ingestión. Puede causar quemaduras en los labios, garganta y pecho, irritación del estómago, náusea, vómito y cianosis (coloración azulosa de la piel). Síntomas de depresión del sistema nervioso central como los mencionados en inhalación. Puede producirse aspiración durante la ingestión o el vómito, la cual puede ocasionar neumonitis (inflamación de los pulmones), edema pulmonar e incluso la muerte.
**Efectos crónicos:**
**Sistema neurológico:** La inhalación intensa crónica puede ocasionar temblor, desvanecimientos, alucinaciones visuales y auditivas, pérdida de memoria. **Carcinogenicidad:** La IARC la clasifica como posible carcinógeno humano. Puede contener sustancias conocidas como carcinógenas como benceno y dibromuro de etileno. **Otros efectos:** No se han reportado efectos mutagénicos ni genotóxicos.

## SECCIÓN 12. INFORMACIÓN ECOLÓGICA

Los derrames de gasolina son tóxicos para peces y flora acuática. No es fácilmente biodegradable. Potencialmente bioacumulable. Volatilización rápida. Evite su entrada a desagües, ríos y otras fuentes de agua. Puede flotar e impedir la oxigenación en cuerpos de agua.

## SECCIÓN 13. CONSIDERACIONES SOBRE DISPOSICIÓN DEL PRODUCTO

Desecho tóxico EPA **D002.** Disponga en relleno de seguridad especialmente diseñado o incinere en equipo apropiado, según las leyes.

## SECCIÓN 14. INFORMACIÓN SOBRE TRANSPORTE

Etiquete adecuadamente los contenedores o carrotanques y manténgalos cerrados. No lo transporte junto con productos explosivos (clase 1), gases tóxicos (2.3), sustancias oxidantes (5.1), peróxidos (5.2), sustancias tóxicas (6.1).
Apague el motor cuando cargue y descargue. No fume en el vehículo ni a menos de 7,5 metros. Conecte a tierra el carrotanque antes de transferir el producto o desde el contenedor. Asegure todos los contenedores en el vehículo contra movimiento. Cierre y asegure manholes y válvulas, y verifique que éstas no tengan fugas.
**Clasificación de peligro según el Libro Naranja de la ONU: 3 - Líquido inflamable. (Ver reglamentación legal vigente)**

## SECCIÓN 15. INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

Sistema Globalmente Armonizado:



| **Peligro** | **Atención** |
|---|---|
| Líquido y vapor muy inflamables | Nocivo por ingestión, contacto e inhalación |

Altamente inflamable. Puede causar cáncer. Nocivo si se ingiere puede causar daño pulmonar.
Evite exposición. Obtenga instrucción especial antes de su uso. En caso de accidente o malestar obtenga ayuda médica.
Altamente inflamable. Puede ser encendido por chispas, llamas o calor intenso. Puede acumular cargas estáticas por agitación o movimiento.
El vapor puede causar dolor de cabeza, náuseas, vértigo, somnolencia, pérdida de conciencia y muerte. Irritante leve o medio para piel y ojos.

## SECCIÓN 16. INFORMACIÓN ADICIONAL

**BIBLIOGRAFIA:**

1. NFPA, Fire Protection Guide to Hazardous Materials, 13a. Edición, 2002.
2. Threshold Limit Values (TLVs) for Chemical Substances and Physical Agents and Biological Exposure Indices (BEI's), USA. 2010.
3. CCOHS. Base de datos CHEMINFO ONLINE. Canadian Centre for Occupational Health and Safety.
4. Ministerio de Transporte. Decreto 1609 de 2002 Transporte de Mercancías Peligrosas por Carretera. MinTransporte. Bogotá. 2002.
5. Naciones Unidas. Recomendaciones para Transporte de Mercancías Peligrosas. 16 Edición. USA. 2009.


**FECHA DE EMISIÓN:** Septiembre de 2010 **GASOLINA**


**Los datos suministrados en esta ficha se basan en nuestro conocimiento actual. No representan una garantía sobre las propiedades de este producto. ARP SURA no se hace responsable por el uso o interpretación particular que se le dé a esta información.**

SUPERMASTICK PR®

# MASILLA MULTIUSOS

(ALL PURPOSE JOINT COMPOUND)

Masilla marca **SUPERMASTICK PR®** para dar acabados limpios, tersos y rápidos.

- ✓ Rápido secado.
- ✓ Color más blanco.
- ✓ Suave al deslizarse.
- ✓ Más fácil de lijar.
- ✓ Menor encogimiento.
- ✓ Cubre más espacio con menos aplicación.
- ✓ Excelente adherencia.
- ✓ Resistente a agrietamientos.
- ✓ No contiene asbesto.




## DESCRIPCIÓN

La masilla multiusos **SUPERMASTICK PR®** es un compuesto vinílico premezclado, para colocar cintas para juntas y capas de relleno y acabado, así como usos en paneles interiores de yeso. También para cubrir cantonera de esquina (esquinero), tornillos, contramarcos, y para la última capa de superficies enteras de paneles de yeso y para aplicar texturas sencillas. Cumple con los requisitos ASTMC475.

De consistencia cremosa y fina, libre de asbestos, la formulación de **SUPERMASTICK PR®** proporciona al producto excelentes cualidades de trabajo, como deslizamiento y adherencia sobre las láminas de Yeso-Cartón (Drywall).

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| PARÁMETRO | MÍNIMO | MÁXIMO |
|---|---|---|
| pH | 8.0 | |
| Kilogramos /galón | 5.6 | 5.8 |
| Rendimiento aproximado ($m^2$/kg) | 1 | 1.5 |
| Acabado | **MATE** | |
| Dilución | 1/4 por galón | |
| Disolvente | Agua | |

## COMPOSICIÓN

Carbonato de calcio, Atapulgita, Mica, Caolín, Emulsión de acetato de vinilo, Agua.

## VENTAJAS

**Conveniencia y Economía:** Se usa en cualquier sistema de muro o plafón, así como para recubrimientos en remodelaciones y cualquier tipo de construcción.

**Excelente adherencia:** El compuesto está fabricado para garantizar una inigualable adherencia de la cinta de refuerzo para juntas a la placa de yeso, brindándole una alta resistencia al agrietamiento, facilidad de manejo del compuesto, así como la mejor adhesión aún en condiciones de altos contenidos de humedad, fenómeno que afecta a otros compuestos.

**Menor desperdicio:** Por su consistencia evita caída y derrames, dando como resultado un menor desperdicio de producto, evitando el manchado de otros acabados, así como la costosa y excesiva limpieza de obra.

El mantener el producto en el cuñete cubierto, lo protege al secarse y permite su aplicación hasta meses después de ser abierto. No se encoge al secar, dando por resultado trabajos de mayor calidad con acabados más finos sin la necesidad de mano de obra adicional.

**Menores Problemas de Acabado:** La experiencia ha demostrado que la Masilla Multiusos **SUPERMASTICK PR®** es especialmente resistente al agrietamiento a lo largo de la cinta de refuerzo. No reacciona a productos químicos con pinturas de buena calidad o papel tapiz en acabados simplificados.

## LIMITACIONES

Proteger la caneca de temperaturas extremas, tales como exposición prolongada al sol o periodos de congelamiento.

## PREPARACIÓN

Revuelva ligeramente el contenido, sin agregar agua. Evite mezclar demasiado, ya que esto podría causar formación de cráteres. NOTA: Si es necesario, diluya el producto en incrementos: agregue media pinta de agua, vuelva a mezclar ligeramente y aplique una porción de prueba. Evite diluir demasiado, ya que esto causa contracción anormal. Mala adhesión mal encubrimiento, etc. No lo mezcle con ningún otro material. Entre usos cubra el producto que se encuentra en el recipiente.

## APLICACIÓN

Aplique el producto sobre superficies completamente secas. Deje que cada capa se seque antes de aplicar otra capa. Mantenga una temperatura mínima de aire, compuesto para juntas y superficie de 55ºF (13ºC) dentro del área de trabajo, hasta que las juntas estén completamente secas. Use la cinta para juntas, tres espátulas para aplicación de hoja ancha (5", 8" y 10"), y una esponja.

**Acabados de Juntas:** Rellene el espacio entre los paneles con el compuesto (con espátulas de 5"). Coloque la cinta en el centro y presiónela. Colóquela con la espátula en forma ajustada. Quite el exceso del compuesto, y aplíquelo como una capa delgada sobre la cinta. Aplique el compuesto en los tornillos. Cuando el compuesto esté seco, aplique una segunda capa (para las juntas, con una espatula de 8", y para los tornillos con una espátula de 5"), nivelando hasta dos pulgadas más allá de la primera capa, y deje que se seque. Aplique una capa delgada de acabado a las juntas (con espatula de 10" y los tornillos (con una espátula de 5"). Cuando el compuesto este seco, nivela la capa con una esponja si es necesario.

**Para el acabado de esquinas interiores:** Aplique el compuesto a ambos lados (con una espátula de 5"). Doble la cinta a lo largo del pliegue del centro. Presiónela en posición. Coloque cinta con la espátula. Quite el exceso del compuesto y aplique una capa delgada sobre la cinta. Deje que se seque y aplique una segunda capa en un lado. Deje que se seque y luego cubra el otro lado. Cuando el compuesto esté seco, use una esponja para nivelar la capa, si es necesario.

**Para el acabado de esquinas exteriores:** Sujeta la cantonera metálica de esquina. Aplique 3 capas de compuesto. Deje el compuesto se seque antes de colocar cada capa y nivele la capa con una esponja húmeda, si es necesario. Extienda la primera capa de 4" a 6" en el panel de yeso (con una espátula de 8"). Extienda la tercera capa más allá de la segunda (con una espátula de 10").

**Lijado:** Evite lijar si es posible. Si es necesario lijar, los mejores resultados se obtienen lijando con una esponja húmeda para eliminar el polvo y los rasguños en el papel frontal. Después que el compuesto se sienta seco, exprima sólo suficiente agua de la esponja para eliminar el goteo. Frote suavemente las juntas, usando un movimiento de barrido, para remover los puntos altos, usando tan pocos pases como sea posible.
Limpie la esponja frecuentemente. Si está lijando en seco, use un papel de lija de rugosidad 120. Evite rasguñar el papel del panel.

**Para acabado con textura:** Use recipientes que tengan el mismo código/fecha de fabricación con el fin de minimizar la variación de color entre los recipientes. Usando una brocha de pintar, aplique una buena cantidad del compuesto.
Proporcione inmediatamente la textura a la superficie, usando un rodillo para pintar, esponja u otros utensilios. No se tiene la intención de que el compuesto sea la superficie final; pinte cuando el compuesto esté seco. Lave los utensilios con agua jabonosa tibia. Saque los utensilios para evitar que se oxiden.

## TIEMPO DE SECADO

A 75ºF (18C) y una humedad relativa de 50%, deje que transcurran aproximadamente 8 horas entre las aplicaciones.

## DATOS DEL PRODUCTO

**Material:** Formulación base tipo vinyl.
**Sensibilidad:** Proteger de bajas temperaturas.
**Rendimiento:** Acabado de juntas - 59.5 libras del compuesto proporciona acabado a 314 pies aproximadamente (96mt. Lineales).
Para dar textura - 59.5 libras se cubre un área de 376 pies² (35m²)
**Cumplimiento de normas:** ASTM C475
**Vigencia:** 6 meses de almacén (bajo buenas condiciones de almacén).

## PRESENTACIÓN

**Cuñetes:** Cuñete de 5 galones, de 2.5 galones y 1 galón, Caja de 21.8 kg y caja de 28 kg.

### ADVERTENCIA

El polvo que proviene del lijado (al lijar en seco) puede causar irritación en los ojos, nariz, garganta o sistema respiratorio superior. Use la técnica de lijado húmedo para evitar la producción de polvo. Si se lija en seco, use una máscara contra polvo aprobada por NIOSH. No trague este producto. Se recomienda el uso de gafas o anteojos protectores.
SUPERMASTICK S.A.S. no se hace responsable de daños accidentales o de sus consecuencias, provocados de forma directa o indirecta, ni de pérdida alguna, que se produzca como resultado de una utilización indebida de estos productos, derivado de no haber seguido al pie de la letra las instrucciones impresas vigentes, o por haberse destinado a usos distintos a los especificados. La responsabilidad de SUPERMASTICK S.A.S se limita a la reposición de material defectuoso.

servicioalcliente@supermastick.com
www.supermastick.com
Av. Calle 17
No. 132-18 Fontibón
Bogotá, Colombia.
Tel. (1) 743 1772
Mamonal Km 6 Via Cospique
Pasacaballos Parquiamerica Mz.
F L4 Cartagena, Colombia.
Tel. (5) 643 7531

# FÁBRICA
## DE PERFILERÍA ROLADA GRAFILADA
## SISTEMA DRYWALL

Fabricamos perfiles en **Acero Galvanizado**, materia prima bajo normas ASTM A 653/924 y galvanizado G30-Z90 para calibres 26 y G60-Z180 para calibres 20,22 y 24, fabricado bajo el proceso de **Rollformado** con máquinas de control numérico de última tecnología. Utilizados para el armado de cielo rasos livianos tipo Drywall que ofrecen precisión y rapidez en su instalación.

### ÁNGULO



Perfil en forma de L, se instala sobre los muros perimetrales y ayuda a determinar el nivel del cielo raso. También se utiliza como elemento de cuelga entra la estructura de la edificación y la estructura de cielo raso.

**Para Cuelgas**




**Para Perimetro**



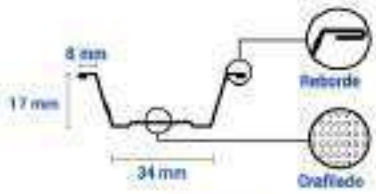

Cal. 26 (0,36 mm)
Cal. 24 (0,55 mm)

| Descripción | Longitud en stock |
|---|---|
| Colgante 15 mm x 15 mm | 2.44 ml |
| Colgante 20 mm x 20 mm | 2.44 ml |
| Perimetral 25 mm x 25 mm | 2.44 ml |
| Dilatación 20 mm x 30 mm | 2.44 ml |

### OMEGA CON REBORDE



Perfil en forma trapezoidal, utilizado como estructura complementaria para cielo raso, atornillándose a las viguetas, formando el soporte que recibe las láminas de yeso-cartón o fibrocemento.



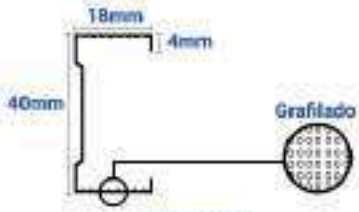

Cal. 26 (0,36 mm)
Cal. 24 (0,55 mm)

| Descripción | Longitud en stock |
|---|---|
| Omega con reborde | 2.44 ml |
| | 3.66 ml |

### VIGUETA



Perfil en forma de C, utilizado como estructura complementaria para cielo raso; elemento portante, sobre el cual se atornillan los perfiles tipo Omega.




Cal. 26 (0,36 mm)
Cal. 24 (0,55 mm)

| Descripción | Longitud en stock |
|---|---|
| Vigueta | 2.44 ml |
| | 3.66 ml |

# FÁBRICA
## DE PERFILERÍA ROLADA GRAFILADA
## SISTEMA DRYWALL

### CANAL




Elemento de instalación horizontal en forma de U, fabricado bajo el proceso de rolformado y grafilado, se fija al piso y al techo junto con los parales, forman la estructura para muros, dinteles y antepechos.

### PARAL

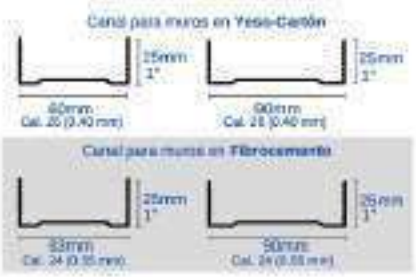



Elemento de instalación vertical en forma de C, fabricado bajo el proceso de rolformado y grafilado, con perforaciones en la base del perfil para el paso de instalaciones eléctricas y/o hidráulicas. Complemento de la estructura para recibir las placas de yeso-cartón o fibrocemento.

### LÍNEA PS

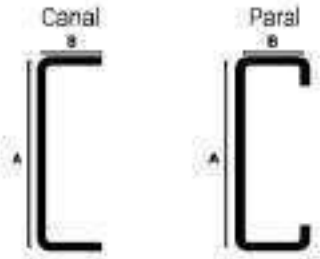



Parales y canales que por su calibre y dimensión son utilizados en muros interiores y fachadas, que requieran mayor estabilidad y resistencia, ya sea por su altura o por los acabados que va a recibir.
Mantenemos longitudes en stock de: 2.44 – 3.66 – 4.88 – 6.10 ml.
Fabricación de longitudes especiales.










Calibres: 20 | 22 | 24

| | Descripción | Cal | Longitud en Stock |
|---|---|---|---|
| Muros en Yeso-cartón | Canal Base 6 (60mmx25mm) | 26 | 2.44 ml |
| | Canal Base 9 (90mmx25mm) | 26 | 2.44 ml |

| | Descripción | Cal | Longitud en Stock |
|---|---|---|---|
| Muros en Yeso-cartón | Paral Base 6 (59mmx32mm) | 26 | 2.44 ml<br>3.05 ml<br>3.66 ml |
| | Paral Base 9 (89mmx32mm) | 26 | 2.44 ml<br>3.05 ml<br>3.66 ml |

| Descripción | Lado (A) | Lado (B) |
|---|---|---|
| Paral para Láminas de Fibrocemento, Aquapanel o Densglass Calibres 24 - 22 -20 | 2 1/2" (63mm)<br>3 1/2" (89mm)<br>4 1/2" (114mm)<br>6" (152mm) | 1 5/8" (42mm)<br>1 5/8" (42mm)<br>1 5/8" (42mm)<br>1 5/8" (42mm) |
| Paral para Láminas de Yeso-cartón Calibres 24 - 22 -20 Bajo Pedido | 2 1/2" (63mm)<br>3 1/2" (89mm)<br>4 1/2" (114mm)<br>6" (152mm) | 1 1/4" (32mm)<br>1 1/4" (32mm)<br>1 1/4" (32mm)<br>1 1/4" (32mm) |

# INFORMACION TECNICA
# PINTURA EPOXI-ACRYL

## DESCRIPCIÓN:

**PINTURA EPOXI-ACRYL**, Producto en dos componentes que al mezclarse en proporciones adecuadas produce una película con muy buena adherencia y flexibilidad, recomendada para utilizarse en paredes interiores.

**PINTURA EPOXI-ACRYL,** se usa para proteger y decorar paredes muros y cielos rasos interiores con requerimientos de lavado frecuente donde se requiere un alto nivel de higiene como en hospitales, consultorios, hoteles, plantas procesadoras de alimentos y en general

**VERSION ANTIBACTERIAL** cumple con los estándares de eficacia antibacteriana basados en la norma: Test de Productos Antimicrobianos **JIS Z 2801**
Esta metodología es indicada para la evaluación de preservación de película seca de pintura con alta exigencia en higiene contra las siguientes bacterias causantes de enfermedades:
❑ Staphylococcus aureu ATCC 6538
❑ Escherichia coli ATCC 11229
❑ Pseudomonas aeruginosa ATCC 15442
❑ Salmonella choleraesuis ATCC 10708

**PINTURA EPOXI-ACRYL ANTIBACTERIAL** elimina el 99.9% de los gérmenes y bacterias (Norma JIS Z 2801), previniendo y evitando el crecimiento y la proliferación de los microorganismos en las superficies aplicadas.

## VENTAJAS

- Bajo Olor
- Fácil Aplicación
- Buena adherencia
- Baja porosidad
- Buena Blancura
- Lavable

## PREPARACION DE SUPERFICIE:

- La superficie debe estar limpia, firme, seca, sin grasa o pinturas sueltas anteriores.
- Se debe resanar muy bien antes de aplicar el recubrimiento.
- La limpieza se hace utilizando agua a presión, escobas manuales o mecánicas, cepillos o aire a presión.
- Para uso sobre concreto neutralizar previamente la superficie con una solución de acido muriático al 10%, enjuagar muy bien con agua y dejar secar.
- Para repinte sobre epóxicas se debe lijar en seco para eliminar el brillo.

## DILUCION:

La dilución de la pintura se debe hacer solo si el equipo de aplicación o las condiciones ambientales lo requieren, diluya solo con agua máximo hasta en un 15 % del volumen.

## APLICACIÓN

- Mezclar por volumen 9 partes de componente A con 1 parte de componente B, se agita muy bien.
- Dejar en reposo durante 15 minutos. Después de 8 horas a 25 °C el producto pierde propiedades.
- Aplicar 2 a 3 manos hasta lograr el espesor deseado, con brocha o pistola, aplicar 2 a 3 capas hasta lograr el espesor deseado,
- Dejar secar mínimo 6 horas entre manos.
- De la exactitud y uniformidad de la mezcla dependen las propiedades definitivas del producto aplicado.
- Todos los equipos utilizados durante la aplicación se pueden lavar con agua**.**

**Nota:** Los tiempos de secado varían con las condiciones durante la aplicación como son: la temperatura ambiental y el espesor de película. Secado al tacto 25° C 6-8 horas, para segundas manos de mínimo 6 horas, secado total 24 horas.

| ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | |
|---|---|
| Vehículo | Resina Epóxica Acrílica. |
| Densidad (kg/gal.) | 4.68 – 4.78 |
| Brillo @60° | Semi-Brillante 25-35<br>Mate < 10 |
| Color | Blanco |
| Tipo de Solventes | Agua |
| Tiempo Promedio de secado (25° C) | Al tacto 6-8 horas<br>Segunda mano mínimo 6 horas<br>Secado total 24 hr. |
| Limpieza | Agua |

**Rendimiento Practico aproximado:**

- Sobre estuco plástico interior y exterior Algreco obra nueva= 12-15 m2/galón a 2 manos
- Repinte color diferente= 15-18 m2/galón a 2 manos
- Repinte color similar= 18-20 m2/galón a 2 manos

Bajo VOC < 100 gr/lt

Puede variar dependiendo de la técnica de aplicación, condiciones de trabajo y tipo de superficie a cubrir.

* Para alcanzar el máximo desempeño del recubrimiento (adherencia, dureza, abrasión), es necesario esperar mínimo 15 días (curado total).

**PRESENTACION**

- Cuñete = 18,9 L
- 1 Galón = 3,78 L

Producido por:
PINTURAS ALGRECO S.A.
Calle 16 No 1A-88 Yumbo (Valle)
A.A. 5039 Cali – Colombia
Industria Colombiana

Nuestro producto está garantizado. Servicio técnico y asesoría especializada en todo el país. Cualquier información adicional, consulte con nuestra línea gratis de servicio al cliente: 018000 526969

La información y recomendaciones ofrecidas en este Boletín Técnico constituyen un servicio a nuestros Clientes y es ofrecido de acuerdo con nuestra experiencia y conocimientos técnicos; sin que por ello implique garantía de resultados, que dependen de las condiciones específicas de aplicación.

**Importante**: La garantía es valida cuando el producto se aplica según las recomendaciones en la etiqueta y ficha técnica. Excluye la mano de obra y el costo de esta por la aplicación de cualquier producto y cualquier daño accidental o resultante. Por lo tanto, no asumiremos responsabilidad alguna por daños o perjuicios de cualquier naturaleza más allá de la reposición del producto o de la cantidad pagada por el mismo.

## RECOMENDACIONES:

- Mantener el recipiente bien tapado, en un lugar fresco y seco, y fuera del alcance de los niños. Nuestro producto está garantizado por un periodo de 12 meses después de recibido, (en el envase original cerrado). Una vez abierto el envase, el producto debe ser utilizado en el menor tiempo posible siguiendo las recomendaciones de almacenamiento para evitar la formación de natas.







**QUE TU FACHADA SIEMPRE SEA COMO LA RECUERDAS**

- 1 MÁXIMA DURACIÓN
- 2 ALTA ADHERENCIA
- 4 REPELE LA SUCIEDAD
- 3 RESISTENTE A LA INTEMPERIE
- 5 ANTIHONGOS

# MÁXIMA PROTECCIÓN 5

Koraza es la pintura experta en exteriores, con polímeros 100% acrílicos que le dan máxima resistencia a la intemperie y extrema durabilidad.

**Uso:** ideal para superficies expuestas a la intemperie ya que forma una barrera plástica resistente a la lluvia y tiene bloqueador solar que la protege de los rayos del sol. Con alta resistencia a la suciedad y a los hongos.
**Presentaciones:** cuarto, galón, balde y caneca.
**Bases:** pastel, tint, deep y accent.
**Rendimiento:** en repinte sobre color igual o similar: 20 - 25 $m^2$ / gal dos manos.



Rojo Colonial
2668

Ladrillo
2674

Ladrillo Mate
2804

Rojo
2660

Tierradentro
2696

Oro Mate
2670

Ocre
2672

Amarillo Tostado
2681

Polen
2661

Sepia
2662

Mostaza
2673

Nogal
2651

Maní
2676

Desierto
2659

Almendra
2678

Marfil
2658

Amazonas
2667

Ciprés
2677

Verde Espiga
2688

Cordillera
2664

Ceiba Claro
2679

Azul Nocturno
2680

Mar Profundo
2689

Océano
2665

Blanco Puro
2671

Blanco
2650

Brisa del Sur
2687

Blanco Hielo
2682

Balso
2698

Bajo Cero
2686

Niebla
2663

Gris Basalto
2675

Disponibles en el **Sistema de Color Pintuco®**

Las muestras de color aquí presentadas son una guía aproximada al color original de la pintura ya aplicada; además, la forma, el tamaño, la luz, el desgaste y la superficie pueden influir en la apariencia final del color.

# ICO® 2EN1 + LAVABILIDAD Y RENDIMIENTO

## Látex uso interior y exterior

### DESCRIPCIÓN

ICO® interiores y exteriores 2en1 Lavabilidad y Rendimiento, es una pintura en emulsión base agua (látex), fabricada con copolímeros acrílicos de acabado mate, lavable y de buen cubrimiento ideal para ambientes interiores y exteriores. Disponible en colores directos de fábrica y sistema de color.




### USOS

Recomendada para proteger y decorar paredes y tumbados de residencias y edificaciones en general en ambientes interiores y exteriores.

### VENTAJAS Y BENEFICIOS

- ✓ Más Lavabilidad
- ✓ Más Rendimiento
- ✓ Disponible en más de 1500 colores del Sistema de Colores

### PRESENTACIONES

Galón

Caneca

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

| Propiedad | Valor | Unidad |
|---|---|---|
| Viscosidad | 120 - 125 | KU |
| Densidad | 5.4 – 5.5 | Kg / Gal |
| Cubrimiento | 97 - 98 | % |
| Sólidos por volumen | 34 - 39 | % |
| Método de aplicación | Brocha / Pistola/ Rodillo / Airless | N/A |
| Número de manos | 2 a 3 | N/A |
| Tipo de dilución | Agua | N/A |
| Norma INEN 1544 | Tipo 1 | N/A |

## INSTRUCCIONES DE USO

### Preparación de la Superficie

Antes de aplicar, verifique que la superficie esté seca, libre de grasa, polvo o pintura deteriorada.

Elimine las manchas de hongos y/o mohos de la superficie con solución de hipoclorito de sodio al 3% en agua, restregándolas con un cepillo de cerdas duras. Deje actuar por 10 minutos aproximadamente, lave con abundante agua y deje secar completamente.

Elimine los acabados deteriorados con espátula o lija.

Resane todas las grietas, agujeros y demás defectos que puedan afectar el acabado de la superficie.

En superficies muy alcalinas se recomienda la aplicación de sellador antialcalino como preparador de superficie.

En superficies con pintura brillante en buen estado, lije suavemente para suprimir el brillo y promover adherencia.

### Preparación del Producto y Aplicación

Mezcle bien la pintura ICO® interiores y exteriores 2en1 Lavabilidad y Rendimiento con una espátula limpia para obtener su completa uniformidad.

Diluya el producto con agua según el método de aplicación a usar de acuerdo con la siguiente tabla:

| Equipos de Aplicación | Ico® 2en1 tipo1 | Agua |
|---|---|---|
| Brocha o Rodillo | 1 galón | 25% |
| Pistola convencional | 1 galón | 30% |
| Pistola airless | 1 galón | 5% a 10% |

*Esta proporción de dilución se mantiene para cualquier presentación y/o tamaño del producto.
Se recomienda diluir únicamente la cantidad que se va aplicar.

Aplique 1 mano (capa) ICO® interiores y exteriores 2en1 Lavabilidad y Rendimiento y deje transcurrir 2 horas para aplicar la segunda mano (secamiento a 25ºC y 60% de humedad relativa). Evite lavar la superficie con agua y jabón antes de transcurridos 30 días después de la aplicación.
Los equipos de aplicación se lavan con agua.

## RENDIMIENTO PRÁCTICO

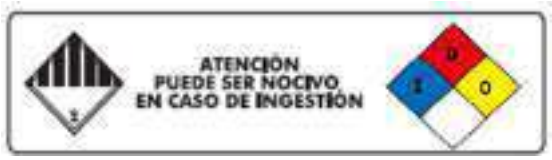
En obras nuevas sobre empaste.....20 a 25 $m^2$/galón a 2 manos.
En repinte sobre color diferente:..... 25 a 30 $m^2$/galón a 2 manos.
En repinte sobre color igual o similar:..... 35 a 40 $m^2$/galón a 2 manos.

## ESTABILIDAD DEL PRODUCTO

La estabilidad del producto en el envase es de 24 meses contados a partir de la fecha de fabricación indicada en el código de barras. Pasado este tiempo el producto puede estar en buen estado, pero se recomienda su revisión por parte del Servicio Técnico Pintuco®. Una vez abierto el envase, el producto debe ser utilizado en el menor tiempo posible siguiendo las recomendaciones de almacenamiento.

## CONDICIONES DE CONSERVACIÓN

Almacene el producto bajo techo a temperatura de 10°C a 40°C. Este producto no tiene riegos de incendio o explosión. Mantenga el recipiente cerrado cuando no lo use. Utilice solo en zonas bien ventiladas. Mantenga el producto fuera de alcance de los niños. Los envases vacíos deben ser reciclados.




## RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

En caso de contacto del envase con fuentes de calor o llama abierta, usar agua o agentes extintores de polvo químico seco. Evite el contacto con la piel y los ojos. Use gafas de seguridad y guantes de nitrilo. En caso de derrame recoja el material en recipientes plásticos o metálicos para evitar la contaminación de las fuentes de agua o alcantarillas y luego lave con agua. Los residuos secos se pueden disponer como residuos ordinarios. Contenido máximo de plomo en base seca 0,01%.

## PRIMEROS AUXILIOS

En el caso de contacto con los ojos, lave con agua y busque atención médica. Si el contacto es con la piel, lave con agua y jabón. Si es ingerido, beba abundante agua y busque atención médica de inmediato.

Para emergencias de intoxicación, comuníquese con CIATOX, 1800-83636

## INFORMACIÓN Y ASESORÍA

En caso de duda, necesidad de información o asesoría, comunicarse con el departamento de Servicio Técnico de Pintuco® a pintuco@pintuco.com ó con Servicio al cliente al 1800- Pintuco (746882) - (04) 3731 880.

Elaborado por Pinturas Ecuatorianas S.A.
PINTUCO
Pintuco® Ecuador
Industria Ecuatoriana
Elaborado bajo NTE INEN 1544

Av. Elias Muñoz Vicuña y Orellana Mateus
Telf. (593) 4 -3731880
Fax: (593) 4 -3731880 ext. 7201
www.pintuco.com.ec / Guayaquil – Ecuador

NOTAS LEGALES:

Toda la información contenida en esta ficha técnica del producto se revisó y actualizó en Abril 2016, y se da de buena fe, pero no constituye garantía expresa o implícita sobre el comportamiento del producto porque las condiciones de uso, preparación de superficie, aplicación y almacenamiento están fuera de nuestro control.

# THINNER

Fichas de Datos de Seguridad

Formato FDS UE con arreglo al Reglamento (UE) 2020/878 de la Comisión
Fecha de emisión: 01/04/2000 Fecha de revisión: 02/01/2023 Reemplaza la versión de: 03/04/2019 Versión: 5.00

## SECCIÓN 1: Identificación de la sustancia o la mezcla y de la sociedad o la empresa

### 1.1. Identificador del producto

Forma del producto : Mezcla
Nombre : Diluyente para productos acrílicos, productos epoxi y de base disolvente
Nombre comercial : THINNER

### 1.2. Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados

#### 1.2.1. Usos pertinentes identificados

Uso de la sustancia/mezcla : El producto está destinado a un uso profesional

#### 1.2.2. Usos desaconsejados

No se dispone de más información

### 1.3. Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad

NOVOL Sp. z o.o.
Żabikowska 7/9
62-052 KOMORNIKI
Polonia
T 0048618109800 - F 0048618109809
www.novol.com
Dirección electrónica de la persona competente responsable en materia de FDS : dokumentacja@novol.com

### 1.4. Teléfono de emergencia

Número de emergencia : 112

## SECCIÓN 2: Identificación de los peligros

### 2.1. Clasificación de la sustancia o de la mezcla

**Clasificación según Reglamento (UE) n° 1272/2008 [CLP]**

| | |
|---|---|
| Líquidos inflamables, categoría 3 | H226 |
| Toxicidad aguda (cutánea), categoría 4 | H312 |
| Toxicidad aguda (inhalación:polvo,niebla) Categoría 4 | H332 |
| Irritación o corrosión cutáneas, categoría 2 | H315 |
| Toxicidad específica en determinados órganos – Exposición única, categoría 3, narcosis | H336 |

Texto completo de las frases H y EUH: ver sección 16

**Efectos adversos fisicoquímicos, para la salud humana y el medio ambiente**

No se dispone de más información

### 2.2. Elementos de la etiqueta

**Etiquetado según el Reglamento (CE) n° 1272/2008 [CLP]**

Pictogramas de peligro (CLP) :



GHS02 GHS07

Palabra de advertencia (CLP) : Atención
Indicaciones de peligro (CLP) : H226 - Líquidos y vapores inflamables.
H312+H332 - Nocivo en contacto con la piel o si se inhala.
H315 - Provoca irritación cutánea.
H336 - Puede provocar somnolencia o vértigo.
Consejos de prudencia (CLP) : P210 - Mantener alejado del calor, de superficies calientes, de chispas, de llamas abiertas y de cualquier otra fuente de ignición. No fumar.

P261 - Evitar respirar los vapores, el aerosol.
P271 - Utilizar únicamente en exteriores o en un lugar bien ventilado.
P280 - Llevar guantes de protección, ropa de protección, equipo de protección para los ojos y la cara.
P312 - Llamar a un médico si la persona se encuentra mal.

### 2.3. Otros peligros

No contiene sustancias PBT/mPmB ≥ 0.1% evaluadas con arreglo al Anexo XIII de REACH

La mezcla no contiene sustancia(s) incluidas en la lista establecida con arreglo al artículo 59, apartado1, debido a sus propiedades de alteración endocrina, ni se ha identificado que tengan propiedades de alteración endocrina con arreglo a los criterios establecidos en el Reglamento Delegado (UE) 2017/2100 de la Comisión y en el Reglamento (UE) 2018/605 de la Comisión en una concentración igual o superior al 0,1%.

## SECCIÓN 3: Composición/información sobre los componentes

### 3.1. Sustancias

No aplicable

### 3.2. Mezclas

| Nombre | Identificador del producto | % | Clasificación según Reglamento (UE) n° 1272/2008 [CLP] |
|---|---|---|---|
| Xileno<br>sustancia con uno o varios límites nacionales de exposición en el lugar de trabajo (ES); sustancia a la que se aplica un límite comunitario de exposición en el lugar de trabajo<br>(Nota C) | N° CAS: 1330-20-7<br>N° CE: 215-535-7<br>N° Índice: 601-022-00-9<br>REACH-no: 01-2119488216-32 | 35 – 55 | Flam. Liq. 3, H226<br>Acute Tox. 4 (Cutánea), H312<br>Acute Tox. 4 (Inhalación), H332<br>Skin Irrit. 2, H315 |
| Acetato de n-butilo<br>sustancia con uno o varios límites nacionales de exposición en el lugar de trabajo (ES); sustancia a la que se aplica un límite comunitario de exposición en el lugar de trabajo | N° CAS: 123-86-4<br>N° CE: 204-658-1<br>N° Índice: 607-025-00-1<br>REACH-no: 01-2119485493-29 | 35 – 45 | Flam. Liq. 3, H226<br>STOT SE 3, H336 |
| Acetato de 2-metoxi-1-metiletilo<br>sustancia con uno o varios límites nacionales de exposición en el lugar de trabajo (ES); sustancia a la que se aplica un límite comunitario de exposición en el lugar de trabajo | N° CAS: 108-65-6<br>N° CE: 203-603-9<br>N° Índice: 607-195-00-7<br>REACH-no: 01-2119475791-29 | 15 – 25 | Flam. Liq. 3, H226 |

Nota C : Algunas sustancias orgánicas pueden comercializarse en una forma isomérica específica, o en forma de mezcla de varios isómeros. En este caso, el proveedor tiene que indicar en la etiqueta si la sustancia es un isómero específico o una mezcla de isómeros.
Texto completo de las frases H y EUH: ver sección 16

## SECCIÓN 4: Primeros auxilios

### 4.1. Descripción de los primeros auxilios

Medidas de primeros auxilios general : Instrucciones generales. Véase la Sección 11.

Medidas de primeros auxilios en caso de inhalación : Si respira con dificultad, transportar a la víctima al exterior y mantenerla en reposo en una posición confortable para respirar.

Medidas de primeros auxilios en caso de contacto con la piel : En caso de contacto con la piel, retirar inmediatamente toda prenda contaminada o salpicada y lavarse inmediata y abundantemente con agua y jabón. Aclararse la piel con agua/ducharse. En caso de irritación o erupción cutánea: Consultar a un médico. Si continúa la irritación cutánea, consulte a su médico.

Medidas de primeros auxilios en caso de contacto con los ojos : Aclarar cuidadosamente con agua durante varios minutos. Quitar las lentes de contacto, si lleva y resulta fácil. Seguir aclarando. Llamar inmediatamente a un médico. En caso de contacto con los ojos, aclarar inmediatamente con agua abundante y consultar a un médico.

Medidas de primeros auxilios en caso de ingestión : En caso de ingestión: Enjuagarse la boca. NO provocar el vómito. Llamar inmediatamente a un médico.

### 4.2. Principales síntomas y efectos, agudos y retardados

Síntomas/efectos después de inhalación : La inhalación de vapores puede provocar somnolencia y vértigo.
Síntomas/efectos después de contacto con la piel : Un contacto prolongado o repetido puede provocar sequedad en la piel.
Síntomas/efectos después del contacto con el ojo : Puede provocar una irritación ocular.

### 4.3. Indicación de toda atención médica y de los tratamientos especiales que deban dispensarse inmediatamente

Tratamiento sintomático.

## SECCIÓN 5: Medidas de lucha contra incendios

### 5.1. Medios de extinción

Medios de extinción apropiados : Químicos secos, CO2, espuma resistente al alcohol o niebla de agua.
Medios de extinción no apropiados : No utilizar flujos de agua potentes.

### 5.2. Peligros específicos derivados de la sustancia o la mezcla

Productos de descomposición peligrosos en caso de incendio : Monóxido de carbono. Otros gases tóxicos.

### 5.3. Recomendaciones para el personal de lucha contra incendios

Protección durante la extinción de incendios : No intervenir sin equipo de protección adecuado. Aparato autónomo y aislante de protección respiratoria. Protección completa del cuerpo.

## SECCIÓN 6: Medidas en caso de vertido accidental

### 6.1. Precauciones personales, equipo de protección y procedimientos de emergencia

#### 6.1.1. Para el personal que no forma parte de los servicios de emergencia

Equipo de protección : Eliminar las posibles fuentes de ignición. Garantizar una ventilación adaptada. Evitar todo contacto directo o indirecto con los ingredientes liberados. Evitar el contacto con los ojos y la piel. Utilizar el equipo de protección individual obligatorio. Ver la Sección 8.

#### 6.1.2. Para el personal de emergencia

Equipo de protección : No intervenir sin equipo de protección adecuado. Ver la Sección 8.

### 6.2. Precauciones relativas al medio ambiente

Evitar su liberación al medio ambiente. Evitar el vertido en aguas superficiales o desagües. Evitar que el producto llegue a las aguas subterráneas, a las masas de agua o al sistema de alcantarillado, incluso en pequeñas cantidades.

### 6.3. Métodos y material de contención y de limpieza

Para retención : Cubrir el derrame con un material incombustible, p. e. arena, tierra o vermiculita. Recoger mecánicamente el producto.

### 6.4. Referencia a otras secciones

Información relativa a la eliminación de los productos. Véase la Sección 13.

## SECCIÓN 7: Manipulación y almacenamiento

### 7.1. Precauciones para una manipulación segura

Precauciones para una manipulación segura : El puesto de trabajo ha de estar bien ventilado. Mantener alejado del calor, de superficies calientes, de chispas, de llamas abiertas y de cualquier otra fuente de ignición. No fumar. Utilizar únicamente en exteriores o en un lugar bien ventilado. Llevar un equipo de protección individual.

Medidas de higiene : Lavar las prendas contaminadas antes de volver a usarlas. Las prendas de trabajo contaminadas no podrán sacarse del lugar de trabajo. No comer, beber ni fumar durante su utilización. Lavarse las manos después de cualquier manipulación.

### 7.2. Condiciones de almacenamiento seguro, incluidas posibles incompatibilidades

Medidas técnicas : Conectar a tierra/enlace equipotencial del recipiente y del equipo de recepción.
Condiciones de almacenamiento : Almacenar en un lugar bien ventilado. Mantener en lugar fresco. Mantener el recipiente herméticamente cerrado.

### 7.3. Usos específicos finales

No se dispone de más información

## SECCIÓN 8: Controles de exposición/protección individual

### 8.1. Parámetros de control

#### 8.1.1 Valores límite nacionales de exposición profesional y biológicos

| **Xileno (1330-20-7)** | |
|---|---|
| **UE - Valor límite de exposición profesional indicativo (IOEL)** | |
| Nombre local | Xylene, mixed isomers, pure |
| IOEL TWA [ppm] | 50 ppm |
| IOEL STEL | 442 mg/m³ |
| IOEL STEL [ppm] | 100 ppm |
| Comentarios | Skin |
| Referencia normativa | COMMISSION DIRECTIVE 2000/39/EC |
| **España - Valores límite de exposición profesional** | |
| Nombre local | Xileno, mezcla isómeros |
| VLA-ED (OEL TWA) [1] | 221 mg/m³ |
| VLA-ED (OEL TWA) [2] | 50 ppm |
| VLA-EC (OEL STEL) | 442 mg/m³ |
| VLA-EC (OEL STEL) [ppm] | 100 ppm |
| Comentarios | Vía dérmica (Indica que, en las exposiciones a esta sustancia, la aportación por la vía cutánea puede resultar significativa para el contenido corporal total si no se adoptan medidas para prevenir la absorción. En estas situaciones, es aconsejable la utilización del control biológico para poder cuantificar la cantidad global absorbida del contaminante), VLB® (Agente químico que tiene Valor Límite Biológico), VLI (Agente químico para el que la U.E. estableció en su día un valor límite indicativo). |
| Referencia normativa | Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España 2021. INSHT |
| **España - Valores límite biológicos** | |
| Nombre local | Xilenos, mezcla isómeros |
| BLV | 1 g/g creatinina Parámetro: Ácidos metilhipúricos - Medio: Orina - Momento de muestreo: Final de la jornada laboral |
| Referencia normativa | Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España 2021. INSHT |

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| **UE - Valor límite de exposición profesional indicativo (IOEL)** | |
| Nombre local | n-Butyl acetate |
| IOEL TWA [ppm] | 50 ppm |

| Acetato de n-butilo (123-86-4) | |
|---|---|
| IOEL STEL | 723 mg/m³ |
| IOEL STEL [ppm] | 150 ppm |
| Referencia normativa | COMMISSION DIRECTIVE (EU) 2019/1831 |
| **España - Valores límite de exposición profesional** | |
| Nombre local | Acetato de n-butilo |
| VLA-ED (OEL TWA) [1] | 241 mg/m³ |
| VLA-ED (OEL TWA) [2] | 50 ppm |
| VLA-EC (OEL STEL) | 724 mg/m³ |
| VLA-EC (OEL STEL) [ppm] | 150 ppm |
| Comentarios | VLI (Agente químico para el que la U.E. estableció en su día un valor límite indicativo). |
| Referencia normativa | Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España 2021. INSHT |

| Acetato de 2-metoxi-1-metiletilo (108-65-6) | |
|---|---|
| **UE - Valor límite de exposición profesional indicativo (IOEL)** | |
| Nombre local | 2-Methoxy-1-methylethylacetate |
| IOEL TWA [ppm] | 50 ppm |
| IOEL STEL | 550 mg/m³ |
| IOEL STEL [ppm] | 100 ppm |
| Comentarios | Skin |
| Referencia normativa | COMMISSION DIRECTIVE 2000/39/EC |
| **España - Valores límite de exposición profesional** | |
| Nombre local | Acetato de 1-metil-2-metoxietilo |
| VLA-ED (OEL TWA) [1] | 275 mg/m³ |
| VLA-ED (OEL TWA) [2] | 50 ppm |
| VLA-EC (OEL STEL) | 550 mg/m³ |
| VLA-EC (OEL STEL) [ppm] | 100 ppm |
| Comentarios | Vía dérmica (Indica que, en las exposiciones a esta sustancia, la aportación por la vía cutánea puede resultar significativa para el contenido corporal total si no se adoptan medidas para prevenir la absorción. En estas situaciones, es aconsejable la utilización del control biológico para poder cuantificar la cantidad global absorbida del contaminante), VLI (Agente químico para el que la U.E. estableció en su día un valor límite indicativo). |
| Referencia normativa | Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España 2021. INSHT |

**8.1.2. Métodos de seguimiento recomendados**

| Método de seguimiento | |
|---|---|
| Método de seguimiento | EN 482. Lugar de trabajo - Requisitos generales para la realización de procedimientos para la medición de los agentes químicos. |

**8.1.3. Contaminantes del aire formados**

No se dispone de más información

**8.1.4. DNEL y PNEC**

| **Xileno (1330-20-7)** | |
|---|---|
| **DNEL/DMEL (Trabajadores)** | |
| Aguda - efectos sistémicos, inhalación | 289 mg/m³ |
| Aguda - efectos locales, inhalación | 289 mg/m³ |
| A largo plazo - efectos sistémicos, cutáneos | 180 mg/kg de peso corporal/día |
| A largo plazo - efectos sistémicos, inhalación | 77 mg/m³ |
| **DNEL/DMEL (Población en general)** | |
| Aguda - efectos sistémicos, inhalación | 174 mg/m³ |
| Aguda - efectos locales, inhalación | 174 mg/m³ |
| A largo plazo - efectos sistémicos, oral | 1,6 mg/kg de peso corporal/día |
| A largo plazo - efectos sistémicos, inhalación | 14,8 mg/m³ |
| A largo plazo - efectos sistémicos, cutáneos | 108 mg/kg de peso corporal/día |
| **PNEC (Agua)** | |
| PNEC aqua (agua dulce) | 0,327 mg/l |
| PNEC aqua (agua de mar) | 0,327 mg/l |
| PNEC aqua (intermitente, agua dulce) | 0,327 mg/l |
| **PNEC (Sedimentos)** | |
| PNEC sedimentos (agua dulce) | 12,46 mg/kg de peso en seco |
| PNEC sedimentos (agua de mar) | 12,46 mg/kg de peso en seco |
| **PNEC (Tierra)** | |
| PNEC tierra | 2,31 mg/kg de peso en seco |
| **PNEC (STP)** | |
| PNEC estación depuradora | 6,58 mg/l |

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| **PNEC (Agua)** | |
| PNEC aqua (agua dulce) | 0,18 mg/l |
| PNEC aqua (agua de mar) | 0,018 mg/l |
| PNEC aqua (intermitente, agua dulce) | 0,36 mg/l |
| **PNEC (Sedimentos)** | |
| PNEC sedimentos (agua dulce) | 0,981 mg/kg de peso en seco |
| PNEC sedimentos (agua de mar) | 0,0981 mg/kg de peso en seco |
| **PNEC (Tierra)** | |
| PNEC tierra | 0,0903 mg/kg de peso en seco |
| **PNEC (STP)** | |
| PNEC estación depuradora | 35,6 mg/l |

| **Acetato de 2-metoxi-1-metiletilo (108-65-6)** | |
|---|---|
| **DNEL/DMEL (Trabajadores)** | |
| Aguda - efectos locales, inhalación | 550 mg/m³ |
| A largo plazo - efectos sistémicos, cutáneos | 796 mg/kg de peso corporal/día |

| Acetato de 2-metoxi-1-metiletilo (108-65-6) | |
|---|---|
| A largo plazo - efectos sistémicos, inhalación | 275 mg/m³ |
| **DNEL/DMEL (Población en general)** | |
| A largo plazo - efectos sistémicos, oral | 36 mg/kg de peso corporal/día |
| A largo plazo - efectos sistémicos, inhalación | 33 mg/m³ |
| A largo plazo - efectos sistémicos, cutáneos | 320 mg/kg de peso corporal/día |
| A largo plazo - efectos locales, inhalación | 33 mg/m³ |
| **PNEC (Agua)** | |
| PNEC aqua (agua dulce) | 0,635 mg/l |
| PNEC aqua (agua de mar) | 0,0635 mg/l |
| PNEC aqua (intermitente, agua dulce) | 6,35 mg/l |
| **PNEC (Sedimentos)** | |
| PNEC sedimentos (agua dulce) | 3,29 mg/kg de peso en seco |
| PNEC sedimentos (agua de mar) | 0,329 mg/kg de peso en seco |
| **PNEC (Tierra)** | |
| PNEC tierra | 0,29 mg/kg de peso en seco |
| **PNEC (STP)** | |
| PNEC estación depuradora | 100 mg/l |

#### 8.1.5. Bandas de control

No se dispone de más información

### 8.2. Controles de la exposición

#### 8.2.1. Controles técnicos apropiados

**Controles técnicos apropiados:**
El puesto de trabajo ha de estar bien ventilado.

#### 8.2.2. Equipos de protección personal

**Símbolo/s del equipo de protección personal:**



#### 8.2.2.1. Protección de los ojos y la cara

**Protección ocular:**
Gafas de seguridad

#### 8.2.2.2. Protección de la piel

**Protección de la piel y del cuerpo:**
Llevar ropa de protección adecuada

**Protección de las manos:**
Guantes de protección

| Protección de las manos | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo** | **Material** | **Permeabilidad** | **Espesor (mm)** | **Penetración** | **Norma** |
| Guantes desechables | Viton® II | 6 (> 480 minutos) | 0,7 mm | | EN 374-3 |

| Protección de las manos | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo** | **Material** | **Permeabilidad** | **Espesor (mm)** | **Penetración** | **Norma** |
| Guantes desechables | Caucho nitrílico (NBR) | 2 (> 30 minutos) | 0,4 mm | | EN 374-3 |

#### 8.2.2.3. Protección de las vías respiratorias

**Protección de las vías respiratorias:**
En caso de ventilación insuficiente, utilizar un aparato respiratorio adecuado

| Protección de las vías respiratorias | | | |
|---|---|---|---|
| **Aparato** | **Tipo de filtro** | **Condición** | **Norma** |
| Máscara antigas con filtro tipo | Filtro A1/B1 | | EN 14387 |

#### 8.2.2.4. Peligros térmicos

No se dispone de más información

#### 8.2.3. Control de la exposición ambiental

**Control de la exposición ambiental:**
Evitar su liberación al medio ambiente.

## SECCIÓN 9: Propiedades físicas y químicas

### 9.1. Información sobre propiedades físicas y químicas básicas

| | | |
|---|---|---|
| Forma/estado | : | Líquido |
| Color | : | Incoloro. |
| Olor | : | característico. |
| Umbral olfativo | : | 0,9 – 9 mg/m³ Xileno |
| Punto de fusión | : | No aplicable |
| Punto de congelación | : | No disponible |
| Punto de ebullición | : | 126 – 140 °C |
| Inflamabilidad | : | No aplicable |
| Propiedades explosivas | : | No hay datos disponibles. |
| Límites de explosión | : | No disponible |
| Límite inferior de explosividad | : | 1,1 vol % Xileno |
| Límite superior de explosividad | : | 8 vol % Xileno |
| Punto de inflamación | : | 24 °C |
| Temperatura de autoignición | : | 270 °C |
| Temperatura de descomposición | : | No disponible |
| pH | : | No disponible |
| Viscosidad, cinemática | : | ≈ 1,136 mm²/s |
| Viscosidad, dinámica | : | ≈ 1 mPa.s |
| Solubilidad | : | Poco soluble. |
| Coeficiente de partición n-octanol/agua (Log Kow) | : | No disponible |
| Presión de vapor | : | 13 hPa Acetato de butilo |
| Presión de vapor a 50°C | : | No disponible |
| Densidad | : | ≈ 0,88 g/cm³ |
| Densidad relativa | : | No disponible |
| Densidad relativa de vapor a 20°C | : | No disponible |
| Características de las partículas | : | No aplicable |

### 9.2. Otros datos

#### 9.2.1. Información relativa a las clases de peligro físico

No se dispone de más información

#### 9.2.2. Otras características de seguridad

No se dispone de más información

## SECCIÓN 10: Estabilidad y reactividad

### 10.1. Reactividad

El producto no es reactivo en condiciones normales de utilización, almacenamiento y transporte.

### 10.2. Estabilidad química

Estable en las condiciones normales de utilización.

### 10.3. Posibilidad de reacciones peligrosas

No se producen reacciones peligrosas conocidas en condiciones normales de utilización.

### 10.4. Condiciones que deben evitarse

Manténgase alejado de las fuentes de ignición. Evitar la acumulación de cargas electrostáticas (por ejemplo, por derivación a tierra). Proteger de la luz del sol. Evitar temperaturas elevadas.

### 10.5. Materiales incompatibles

Evitar el contacto con: ácidos fuertes, bases fuertes y oxidantes fuertes.

### 10.6. Productos de descomposición peligrosos

En condiciones normales de almacenamiento y utilización, no deberían de generarse productos de descomposición peligrosos. La descomposición térmica puede generar: Monóxido de carbono. Otros gases tóxicos.

## SECCIÓN 11: Información toxicológica

### 11.1. Información sobre las clases de peligro definidas en el Reglamento (CE) n.° 1272/2008

Toxicidad aguda (oral) : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

Toxicidad aguda (cutánea) : Nocivo en contacto con la piel.

Toxicidad aguda (inhalación) : Nocivo en caso de inhalación.

| **THINNER** | |
|---|---|
| ATE CLP (cutánea) | 2000 mg/kg de peso corporal |
| ATE CLP (polvo, niebla) | 2,727 mg/l/4h |

| **Xileno (1330-20-7)** | |
|---|---|
| DL50 oral rata | 3523 mg/kg rata |
| DL50 cutáneo conejo | 12126 mg/kg de peso corporal Animal: rabbit, Animal sex: male |
| CL50 Inhalación - Rata | 27124 mg/l |

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| DL50 oral rata | 12,2 ml/kg Source: ECHA |
| CL50 Inhalación - Rata (Vapores) | > 4,9 mg/l Source: ECHA |

| **Acetato de 2-metoxi-1-metiletilo (108-65-6)** | |
|---|---|
| DL50 cutánea rata | > 2000 mg/kg de peso corporal Animal: rat, Animal sex: male, Guideline: OECD Guideline 402 (Acute Dermal Toxicity) |

Corrosión o irritación cutáneas : Provoca irritación cutánea.

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| pH | 6,2 Temp.: 20 °C Concentration: 5,3 g/L |

Lesiones oculares graves o irritación ocular : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| pH | 6,2 Temp.: 20 °C Concentration: 5,3 g/L |

Sensibilización respiratoria o cutánea : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

Mutagenicidad en células germinales : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

Carcinogenicidad : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

Toxicidad para la reproducción : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

Toxicidad específica en determinados órganos (STOT) – exposición única : Puede provocar somnolencia o vértigo.

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| Toxicidad específica en determinados órganos (STOT) – exposición única | Puede provocar somnolencia o vértigo. |

Toxicidad específica en determinados órganos (STOT) – exposición repetida : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

| **Xileno (1330-20-7)** | |
|---|---|
| LOAEL (oral, rata, 90 días) | 150 mg/kg de peso corporal Animal: rat, Animal sex: male, Guideline: OECD Guideline 408 (Repeated Dose 90-Day Oral Toxicity in Rodents), Guideline: EPA OPP 82-1 (90-Day Oral Toxicity) |

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| LOAEL (oral, rata, 90 días) | 500 mg/kg de peso corporal Animal: rat, Guideline: EPA OTS 798.2650 (90-Day Oral Toxicity in Rodents) |
| NOAEL (oral, rata, 90 días) | 125 mg/kg de peso corporal Animal: rat, Guideline: EPA OTS 798.2650 (90-Day Oral Toxicity in Rodents) |

| **Acetato de 2-metoxi-1-metiletilo (108-65-6)** | |
|---|---|
| NOAEL (oral, rata, 90 días) | ≥ 1000 mg/kg de peso corporal Animal: rat, Guideline: OECD Guideline 422 (Combined Repeated Dose Toxicity Study with the Reproduction / Developmental Toxicity Screening Test) |
| NOAEL (cutáneo, rata/conejo, 90 días) | > 1000 mg/kg de peso corporal Animal: rabbit, Guideline: OECD Guideline 410 (Repeated Dose Dermal Toxicity: 21/28-Day Study) |

Peligro por aspiración : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

| **THINNER** | |
|---|---|
| Viscosidad, cinemática | ≈ 1,136 mm²/s |

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| Viscosidad, cinemática | 0,83 mm²/s Temp.: '20°C' Parameter: 'kinematic viscosity (in mm²/s)' |

### 11.2. Información sobre otros peligros

No se dispone de más información

## SECCIÓN 12: Información ecológica

### 12.1. Toxicidad

Peligro a corto plazo (agudo) para el medio ambiente acuático : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

Peligro a largo plazo (crónico) para el medio ambiente acuático : No clasificado (A la vista de los datos disponibles, no se cumplen los criterios de clasificación)

No fácilmente degradable

| **Xileno (1330-20-7)** | |
|---|---|
| CL50 - Peces [1] | 2,6 mg/l Test organisms (species): Oncorhynchus mykiss (previous name: Salmo gairdneri) |
| CE50 - Crustáceos [1] | > 3,4 mg/l Test organisms (species): Ceriodaphnia dubia |
| NOEC crónico peces | > 1,3 mg/l Test organisms (species): Oncorhynchus mykiss (previous name: Salmo gairdneri) Duration: '56 d' |

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| CL50 - Peces [1] | 18 mg/l Source: ECHA |
| CE50 - Crustáceos [1] | 44 mg/l Source: ECHA |
| CE50 - Otros organismos acuáticos [1] | 32 mg/l Test organisms (species): Artemia salina |
| CE50 72h - Algas [1] | 674,7 mg/l Test organisms (species): Desmodesmus subspicatus (previous name: Scenedesmus subspicatus) |
| CE50 72h - Algas [2] | 246 mg/l Test organisms (species): Pseudokirchneriella subcapitata (previous names: Raphidocelis subcapitata, Selenastrum capricornutum) |
| LOEC (crónico) | 47,6 mg/l Test organisms (species): Daphnia magna Duration: '21 d' |
| NOEC (crónico) | 23,2 mg/l Test organisms (species): Daphnia magna Duration: '21 d' |

| **Acetato de 2-metoxi-1-metiletilo (108-65-6)** | |
|---|---|
| CL50 - Peces [1] | > 100 mg/l Test organisms (species): Oryzias latipes |
| CE50 - Crustáceos [1] | > 500 mg/l Test organisms (species): Daphnia magna |
| CE50 72h - Algas [1] | > 1000 mg/l Test organisms (species): Pseudokirchneriella subcapitata (previous names: Raphidocelis subcapitata, Selenastrum capricornutum) |
| NOEC (crónico) | ≥ 100 mg/l Test organisms (species): Daphnia magna Duration: '21 d' |
| NOEC crónico peces | 47,5 mg/l Test organisms (species): Oryzias latipes Duration: '14 d' |

### 12.2. Persistencia y degradabilidad

No se dispone de más información

### 12.3. Potencial de bioacumulación

| **Acetato de n-butilo (123-86-4)** | |
|---|---|
| Coeficiente de partición n-octanol/agua (Log Pow) | 1,78 Source: HSDB |

### 12.4. Movilidad en el suelo

No se dispone de más información

### 12.5. Resultados de la valoración PBT y mPmB

No se dispone de más información

### 12.6. Propiedades de alteración endocrina

No se dispone de más información

### 12.7. Otros efectos adversos

No se dispone de más información

## SECCIÓN 13: Consideraciones relativas a la eliminación

### 13.1. Métodos para el tratamiento de residuos

Legislación regional (residuos) : Eliminar de acuerdo con la normativa oficial.

Métodos para el tratamiento de residuos : Eliminar el contenido/recipiente de acuerdo con las instrucciones de reciclaje del recolector homologado.

Recomendaciones para la eliminación de las aguas residuales : No verter a las alcantarillas.

Recomendaciones para la eliminación de productos/envases : Elimínense el producto y su recipiente como residuos peligrosos. No eliminar junto con los residuos domésticos. Después de la limpieza, reciclar o eliminar en unas instalaciones autorizadas.

Indicaciones adicionales : Pueden acumularse vapores inflamables en el envase.

Código del catálogo europeo de residuos (CER) : 07 01 04* - Otros disolventes, líquidos de limpieza y licores madre orgánicos
15 01 10* - Envases que contienen restos de sustancias peligrosas o están contaminados por ellas

## SECCIÓN 14: Información relativa al transporte

En conformidad con ADR / IMDG / IATA

| ADR | IMDG | IATA |
|---|---|---|
| **14.1. Número ONU o número ID** | | |
| ONU 1263 | ONU 1263 | ONU 1263 |
| **14.2. Designación oficial de transporte de las Naciones Unidas** | | |
| PRODUCTOS PARA PINTURA | PRODUCTOS PARA PINTURA | Paint related material |
| **Descripción del documento del transporte** | | |
| UN 1263 PRODUCTOS PARA PINTURA, 3, III, (D/E) | UN 1263 PRODUCTOS PARA PINTURA, 3, III (24°C c.c.) | UN 1263 Paint related material, 3, III |
| **14.3. Clase(s) de peligro para el transporte** | | |
| 3 | 3 | 3 |
|  |  |  |
| **14.4. Grupo de embalaje** | | |
| III | III | III |
| **14.5. Peligros para el medio ambiente** | | |
| Peligroso para el medio ambiente: No | Peligroso para el medio ambiente: No<br>Contaminante marino: No | Peligroso para el medio ambiente: No |
| No se dispone de información adicional | | |

### 14.6. Precauciones particulares para los usuarios

**Transporte por vía terrestre**

Código de clasificación (ADR) : F1

Cantidades limitadas (ADR) : 5l

Disposiciones especiales de embalaje (ADR) : PP1

Disposiciones para el embalaje en común (ADR) : MP19

Categoría de transporte (ADR) : 3

Disposiciones especiales de transporte - Bultos (ADR) : V12

Código de restricciones en túneles (ADR) : D/E

**Transporte marítimo**

| | | |
|---|---|---|
| Disposiciones especiales (IMDG) | : | 163, 223, 367, 955 |
| Cantidades limitadas (IMDG) | : | 5 L |
| Disposiciones especiales de embalaje (IMDG) | : | PP1 |
| N.° FS (Fuego) | : | F-E |
| N.° FS (Derrame) | : | S-E |
| Categoría de carga (IMDG) | : | A |

**Transporte aéreo**

No hay datos disponibles

### 14.7. Transporte marítimo a granel con arreglo a los instrumentos de la OMI

No aplicable

## SECCIÓN 15: Información reglamentaria

### 15.1. Reglamentación y legislación en materia de seguridad, salud y medio ambiente específicas para la sustancia o la mezcla

**15.1.1. Normativa de la UE**

**Anexo XVII de REACH (condiciones de las restricciones)**

No contiene ninguna sustancia incluida en el Anexo XVII de REACH (Condiciones de restricción)

**Anexo XIV de REACH (lista de autorizaciones)**

No contiene ninguna sustancia incluida en el Anexo XIV de REACH (Lista de autorizaciones)

**Lista de sustancias candidatas extremadamente preocupantes (SVHC) de REACH**

No contiene ninguna sustancia incluida en la lista de sustancias candidatas de REACH

**Reglamento PIC**

No contiene ninguna sustancia incluida en la lista PIC (Reglamento UE 649/2012 relativo a la exportación e importación de productos químicos peligrosos)

**Reglamento COP (Contaminantes orgánicos persistentes)**

No contiene ninguna sustancia incluida en la lista COP (Reglamento UE 2019/1021 sobre contaminantes orgánicos persistentes)

**Agotamiento de la capa de ozono**

No contiene ninguna sustancia incluida en la lista de sustancias que agotan la capa de ozono (Reglamento UE 1005/2009 sobre las sustancias que agotan la capa de ozono)

**Reglamento sobre los precursores de explosivo (UE 2019/1148)**

No contiene ninguna sustancia incluida en la lista de precursores de explosivos (Reglamento UE 2019/1148 sobre la comercialización y la utilización de precursores de explosivos)

**Reglamento sobre precursores de drogas (CE 273/2004)**

No contiene ninguna sustancia incluida en la lista de precursores de drogas (Reglamento CE 273/2004 relativa a la fabricación y puesta en el mercado de determinadas sustancias utilizadas para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas)

**15.1.2. Normativas nacionales**

No se dispone de más información

### 15.2. Evaluación de la seguridad química

No se ha llevado a cabo la Evaluación de la Seguridad Química

## SECCIÓN 16: Otra información

**Indicación de modificaciones:**

Formato FDS UE con arreglo al Reglamento (UE) 2020/878 de la Comisión.

| **Abreviaturas y acrónimos:** | |
|---|---|
| ADN | Acuerdo europeo relativo al transporte internacional de mercancías peligrosas por vías navegables interiores |
| ADR | Acuerdo europeo relativo al transporte internacional de mercancías peligrosas por carretera |
| ATE | Estimación de la toxicidad aguda |
| FBC | Factor de bioconcentración |
| VLB (Valor Límite Biológico) | Valor límite biológico |
| DBO | Demanda bioquímica de oxígeno (DBO) |
| DQO | Demanda química de oxígeno (DQO) |
| DMEL | Nivel derivado con efecto mínimo |
| DNEL | Nivel sin efecto derivado |
| N° CE | número CE |
| CE50 | Concentración efectiva media |
| EN | Norma europea |
| CIIC | Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer |
| IATA | Asociación Internacional de Transporte Aéreo |
| IMDG | Código Marítimo Internacional de Mercancías Peligrosas |
| CL50 | Concentración letal para el 50 % de una población de pruebas |
| DL50 | Dosis letal para el 50 % de una población de pruebas (dosis letal media) |
| LOAEL | Nivel más bajo con efecto adverso observado |
| NOAEC | Concentración sin efecto adverso observado |
| NOAEL | Nivel sin efecto adverso observado |
| NOEC | Concentración sin efecto observado |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |
| VLA | Límite de exposición profesional |
| PBT | Sustancia persistente, bioacumulativa y tóxica |
| PNEC | Concentración prevista sin efecto |
| RID | Reglamento relativo al transporte internacional de mercancías peligrosas por ferrocarril |
| FDS | Fichas de Datos de Seguridad |
| STP | Estación depuradora |
| DTO | Necesidad teórica de oxígeno (BThO) |
| TLM | Tolerancia media limite |
| COV | Compuestos orgánicos volátiles |
| N° CAS | número CAS |
| N.E.P | No especificado en otra parte |
| mPmB | Muy persistente y muy bioacumulable |
| ED | Propiedades de alteración endocrina |

Fuentes de los datos : ECHA (Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas).
Consejos de formación : Manipular practicando una buena higiene industrial y aplicando procedimientos de seguridad.

| **Texto íntegro de las frases H y EUH:** | |
|---|---|
| Acute Tox. 4 (Cutánea) | Toxicidad aguda (cutánea), categoría 4 |
| Acute Tox. 4 (Inhalación) | Toxicidad aguda (por inhalación), categoría 4 |
| Acute Tox. 4 (Inhalación: polvo, niebla) | Toxicidad aguda (inhalación:polvo,niebla) Categoría 4 |
| Flam. Liq. 3 | Líquidos inflamables, categoría 3 |
| H226 | Líquidos y vapores inflamables. |
| H312 | Nocivo en contacto con la piel. |
| H315 | Provoca irritación cutánea. |
| H332 | Nocivo en caso de inhalación. |
| H336 | Puede provocar somnolencia o vértigo. |
| Skin Irrit. 2 | Irritación o corrosión cutáneas, categoría 2 |
| STOT SE 3 | Toxicidad específica en determinados órganos – Exposición única, categoría 3, narcosis |

| **Clasificación y procedimiento utilizados para determinar la clasificación de las mezclas de conformidad con el Reglamento (CE) 1272/2008 [CLP]:** | | |
|---|---|---|
| Flam. Liq. 3 | H226 | Conforme a datos obtenidos de ensayos |
| Acute Tox. 4 (Cutánea) | H312 | Método de cálculo |
| Acute Tox. 4 (Inhalación: polvo, niebla) | H332 | Método de cálculo |
| Skin Irrit. 2 | H315 | Método de cálculo |
| STOT SE 3 | H336 | Método de cálculo |

Ficha de datos de seguridad (FDS), UE

Esta información se basa en nuestro conocimiento actual y tiene como finalidad describir el producto para la tutela de la salud, seguridad y medio ambiente. Por lo tanto, no debe ser interpretada como garantía de ninguna característica específica del producto.

CONSTRUYENDO CONFIANZA

HOJA DE DATOS DEL PRODUCTO

# Sika® Plastocrete® DM

Impermeabilizante integral para concreto

## DESCRIPCION DEL PRODUCTO

Sika® Plastocrete® DM es un aditivo líquido reductor de agua con acción impermeabilizante para concreto y mezclas cementicias.

## USOS

Sika® Plastocrete® DM es utilizado para la elaboración de concreto de baja permeabilidad y alta durabilidad y puede ser usado en la construcción de:

- Tanques
- Depósitos
- Sótanos
- Muros enterrados
- Cimentaciones
- Plantas de tratamiento
- y todo tipo de obras hidráulicas

## CARACTERISTICAS / VENTAJAS

Sika® Plastocrete® DM tiene acción plastificante sobre la mezcla, facilitando la colocación y el vibrado del concreto.

Se puede aprovechar su efecto plastificante para reducir hasta en un 8% el agua de amasado de acuerdo con el asentamiento requerido.

- Disminuye la permeabilidad y aumenta la durabilidad del concreto por el doble efecto de reducción de agua y la inclusión de aire.
- Incrementa la manejabilidad de la mezcla, facilitando su colocación y compactación.
- Disminuye el riesgo de hormigueros en el concreto de estructuras esbeltas.
- Reduce en una buena porción el agua de amasado de la mezcla.
- Aumenta las resistencias mecánicas a todas las edades.
- Reduce notablemente la segregación del concreto durante su transporte.
- Disminuye considerablemente la exudación y contracción del concreto, así como su secado superficial en estado plástico.
- Facilita la colocación y mejora notablemente el acabado del concreto.

## CERTIFICADOS / NORMAS

Sika® Plastocrete® DM cumple norma ASTM C494 y NTC 1299 como aditivo tipo A y S, tambien con la ASTM C260 como incorporador de aire.

## INFORMACION DEL PRODUCTO

| | |
|---|---|
| **Empaques** | 2.3 kg, 4.5 kg, 20 kg, Tambor 230 kg, IBC 1.100 kg y Granel |
| **Vida en el recipiente** | Un (1) año a partir de su fecha de fabricación. Para su transporte deben tomarse las precauciones normales para productos químicos. |
| **Condiciones de Almacenamiento** | Manténgase en sus envases de origen bien cerrados y no deteriorados entre + 5ºC y + 35ºC. Proteger de la acción directa de la luz solar, en un lugar fresco y seco. |

| | |
|---|---|
| **Apariencia / Color** | Líquido café oscuro, olor característico. |
| **Densidad** | 1.07 kg/l +/- 0.03 kg/l |
| **Consumo** | Tabla 1. Dosificación de Sika® Plastocrete® DM en (ml) por bulto de cemento (50 kg) |

| Dosificación | Cantidad en volumen |
|---|---|
| 0.5% | 235 ml |

**Rendimiento**

Tabla 2. Rendimiento en bultos de cemento (50 kg)

| Empaque | Bultos de Cemento |
|---|---|
| Plasti 2.3 kg | 9 |
| Plasti 4.5 kg | 18 |
| Plasti 20 kg | 80 |
| Tambor 230 kg | 920 |

Valores calculados con dosis de 0.5% sobre el peso del cemento.

## NOTAS

Los usuarios deben referirse siempre a la versión local más reciente de la Hoja Técnica del Producto cuya copia será suministrada al ser solicitada.

## LIMITACIONES

Los resultados óptimos se obtienen cuando los componentes que intervienen en la preparación del concreto cumplen con las normas vigentes. Dosificar por separado cuando se usen otros aditivos en la misma mezcla. La elaboración de concreto de baja permeabilidad es un proceso que requiere especial atención en:

- La distribución granulométrica y la limpieza de los agregados.
- La dosificación, mezclado, transporte, colocación, vibrado y curado del concreto.
- El contenido de agua de la mezcla el cual debe ser lo más bajo posible. Se recomienda una relación agua/cemento menor de 0.5.
- El curado del concreto, el cual debe extenderse por lo menos a 7 días. Usar para una completa protección membranas curadoras Sika® Antisol®.

## ECOLOGIA, SALUD Y SEGURIDAD

Para información y recomendaciones sobre transporte, manipulación, almacenamiento y eliminación de los productos químicos, por favor consulte la hoja de seguridad más reciente que contengan datos relativos a la seguridad física, ecológica, toxicológica y otros.

## INSTRUCCIONES DE APLICACION

Adicionarlo a la mezcla, disuelto en la última porción del agua de amasado, durante la elaboración del concreto o directamente al agua de amasado. Sika® Plastocrete® DM se dosifica al 0.5% del peso del cemento de la mezcla.

## RESTRICCIONES LOCALES

Este producto puede variar en su funcionamiento o aplicación como resultado de regulaciones locales específicas. Por favor, consulte la hoja técnica del país para la descripción exacta de los modos de aplicación y uso.

## NOTAS LEGALES

La información, y en particular las recomendaciones relacionadas con la aplicación y uso final de los productos Sika, se proporcionan de buena fe, con base en el conocimiento y la experiencia actuales de Sika sobre los productos que han sido apropiadamente almacenados, manipulados y aplicados bajo condiciones normales de acuerdo con las recomendaciones de Sika. En la práctica, las diferencias en los materiales, sustratos y condiciones actuales de las obras son tales, que ninguna garantía con respecto a la comercialidad o aptitud para un propósito particular, ni responsabilidad proveniente de cualquier tipo de relación legal pueden ser inferidos ya sea de esta información o de cualquier recomendación escrita o de cualquier otra asesoría ofrecida. El usuario del producto debe probar la idoneidad del mismo para la aplicación y propósitos deseados. Sika se reserva el derecho de cambiar las propiedades de los productos. Los derechos de propiedad de terceras partes deben ser respetados. Todas las órdenes de compra son aceptadas con sujeción a nuestros términos de venta y despacho publicadas en la página web: col.sika.com.

**Sika Colombia S.A.S**
Vereda Canavita, Km 20.5 Autopista Norte
Tocancipá Cundinamarca Colombia
phone: +57 1 878 6333
e-mail: sika_colombia@co.sika.com
web: col.sika.com

## SECCIÓN 1. IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA QUÍMICA PELIGROSA O MEZCLA Y DEL PROVEEDOR O FABRICANTE

Nombre del producto : Sika® Plastocrete® DM

**Informaciones sobre el fabricante o el proveedor**

Compañía : Sika Colombia S.A.S.
Vereda Canavita km 20,5 Autopista Norte
Tocancipá, Cundinamarca
Colombia

Teléfono : (57-1) 8786333

Teléfono de emergencia : CISPROQUIM
Bogotá: 2886012 / 2886355
Resto del país: 01 8000 916012

Dirección de correo electrónico : controlcalidad.lab@co.sika.com

Fax : (57-1) 8786660

## SECCIÓN 2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

**Clasificación según SGA (GHS)**

Corrosión/irritación cutáneas : Categoría 1

Lesiones oculares graves/irritación ocular : Categoría 1

Peligro a corto plazo (agudo) para el medio ambiente acuático : Categoría 3

Peligro a largo plazo (crónico) para el medio ambiente acuático : Categoría 3

**Etiqueta SGA (GHS)**

Pictogramas de peligro :



Palabra de advertencia : Peligro

Indicaciones de peligro : H314 Provoca graves quemaduras en la piel y lesiones oculares.
H412 Nocivo para los organismos acuáticos, con efectos nocivos duraderos.

Consejos de prudencia :

**Prevención:**

P264 Lavarse la piel cuidadosamente después de la manipulación.
P273 No dispersar en el medio ambiente.
P280 Usar guantes/ ropa de protección/ equipo de protección para los ojos/ la cara.

**Intervención:**

P301 + P330 + P331 EN CASO DE INGESTIÓN: Enjuagar la boca. NO provocar el vómito.
P303 + P361 + P353 EN CASO DE CONTACTO CON LA PIEL (o el pelo): Quitar inmediatamente toda la ropa contaminada. Enjuagar la piel con agua.
P304 + P340 + P310 EN CASO DE INHALACIÓN: Transportar a la persona al aire libre y mantenerla en una posición que le facilite la respiración. Llamar inmediatamente a un CENTRO DE TOXICOLOGÍA/ médico.
P305 + P351 + P338 + P310 EN CASO DE CONTACTO CON LOS OJOS: Enjuagar con agua cuidadosamente durante varios minutos. Quitar las lentes de contacto cuando estén presentes y pueda hacerse con facilidad. Proseguir con el lavado. Llamar inmediatamente a un CENTRO DE TOXICOLOGÍA o a un médico.
P363 Lavar la ropa contaminada antes de volverla a usar.

**Almacenamiento:**

P405 Guardar bajo llave.

**Eliminación:**

P501 Eliminar el contenido/ recipiente en una planta de eliminación de residuos aprobada.

**Otros peligros no clasificables**

No conocidos.

## SECCIÓN 3. COMPOSICIÓN/INFORMACIÓN SOBRE LOS INGREDIENTES

Sustancia / mezcla : Mezcla

**Componentes**

| Nombre químico | CAS No. | Concentración (% w/w) |
|---|---|---|
| bronopol (DCI) | 52-51-7 | >= 0,0025 -< 0,025 |
| Masa de reacción de 5-cloro-2-metil-2H-isotiazol-3-ona y 2-metil-2H-isotiazol-3-ona (3:1) | 55965-84-9 | >= 0,0025 -< 0,025 |

## SECCIÓN 4. PRIMEROS AUXILIOS

Consejos generales : Retire a la persona de la zona peligrosa.
Consulte a un médico.
Muéstrele esta hoja de seguridad al doctor que esté de servicio.

En caso de inhalación : Salga al aire libre.
Consultar a un médico después de una exposición importan-

te.

| | | |
|---|---|---|
| En caso de contacto con la piel | : | Quítese inmediatamente la ropa y zapatos contaminados.<br>Elimínelo lavando con jabón y mucha agua.<br>Es necesario un tratamiento médico inmediato ya que las corrosiones de la piel no tratadas son heridas difíciles y cicatrizan lentamente. |
| En caso de contacto con los ojos | : | Incluso pequeñas salpicaduras en los ojos pueden causar daños irreversibles en los tejidos y ceguera.<br>En caso de contacto con los ojos, lávelos inmediata y abundantemente con agua y acuda a un médico.<br>Continúe lavando los ojos en el trayecto al hospital.<br>Quítese los lentes de contacto.<br>Manténgase el ojo bien abierto mientras se lava. |
| En caso de ingestión | : | Lávese la boca con agua y después beba agua abundante.<br>No provoque vómitos.<br>No dé leche ni bebidas alcohólicas.<br>Nunca debe administrarse nada por la boca a una persona inconsciente.<br>Lleve al afectado enseguida a un hospital. |
| Síntomas y efectos más importante, agudos y retardados | : | Los daños a la salud pueden retardarse.<br>efectos corrosivos<br>Dermatitis<br>Vea la Sección 11 para obtener información detallada sobre la salud y los síntomas. |
| Notas especiales para un medico tratante | : | Trate sintomáticamente. |

## SECCIÓN 5. MEDIDAS CONTRA INCENDIOS

| | | |
|---|---|---|
| Medios de extinción apropiados | : | Use medidas de extinción que sean apropiadas a las circunstancias locales y de sus alrededores. |
| Productos de combustión peligrosos | : | No se conocen productos de combustión peligrosos |
| Métodos específicos de extinción | : | Procedimiento estándar para incendios químicos. |
| Equipo de protección especial para los bomberos | : | En caso de incendio, utilice un equipo respiratorio autónomo. |

## SECCIÓN 6. MEDIDAS QUE DEBEN TOMARSE EN CASO DE DERRAME ACCIDENTAL O FUGA ACCIDENTAL

| | | |
|---|---|---|
| Precauciones personales, equipo de protección y procedimientos de emergencia | : | Utilice equipo de protección personal.<br>Negar el acceso a personas sin protección. |
| Precauciones relativas al medio ambiente | : | No lo vierta en el agua superficial o el sistema de alcantarillado sanitario. |

Si el producto contamina los ríos, lagos o alcantarillados, informar a las autoridades respectivas.

| | | |
|---|---|---|
| Métodos y materiales de contención y limpieza | : | Recójalo con un producto absorbente inerte (por ejemplo, arena, silicagel, aglutinante de ácidos, aglutinante universal, aserrín).<br>Guarde en contenedores apropiados y cerrados para su eliminación. |

## SECCIÓN 7. MANEJO Y ALMACENAMIENTO

| | | |
|---|---|---|
| Sugerencias para la protección contra incendios y explosiones | : | Medidas normales preventivas para la protección contra incendios. |
| Consejos para una manipulación segura | : | Evitar sobrepasar los límites dados de exposición profesional (ver sección 8).<br>Evitar todo contacto con los ojos, la piel o la ropa.<br>Ver sección 8 para el equipo de protección personal.<br>Fumar, comer y beber debe prohibirse en el área de aplicación.<br>Cuando se manejen productos químicos, siga las medidas estándar de higiene. |
| Condiciones para el almacenamiento seguro | : | Almacénelo en el envase original.<br>Conserve el envase herméticamente cerrado en un lugar seco y bien ventilado.<br>Los contenedores que se abren deben ser cuidadosamente resellados y mantenerlos en posición vertical para evitar fugas.<br>Observar las indicaciones de la etiqueta.<br>Almacenar en conformidad con la reglamentación local. |

## SECCIÓN 8. CONTROLES DE EXPOSICIÓN/PROTECCIÓN PERSONAL

**Componentes con parámetros de control en el área de trabajo**

No contiene sustancias con valores límite de exposición laboral.

**Protección personal**

| | | |
|---|---|---|
| Protección respiratoria | : | Utilice protección respiratoria a menos que exista una ventilación de escape adecuada o que la evaluación de la exposición indique que el nivel de exposición está dentro de las pautas recomendadas.<br>La clase de filtro para el respirador debe ser adecuada para la concentración máxima prevista del contaminante (gas/vapor/aerosol/partículas) que puede presentarse al manejar el producto. Si se excede esta concentración, se debe utilizar un aparato respiratorio autónomo. |
| Protección de las manos | : | Guantes químico-resistentes e impermeables que cumplan con estándares aprobados deben ser utilizados cuando se manejen productos químicos y la evaluación del riesgo indica que es necesario. |

| | | |
|---|---|---|
| Protección de los ojos | : | Equipo de protección ocular que cumpla con estándares aprobados debe ser utilizado cuando la evaluación del riesgo indica que es necesario. |
| Protección de la piel y del cuerpo | : | Elegir la protección para el cuerpo según sus caraterísticas, la concentración y la cantidad de sustancias peligrosas, y el lugar específico de trabajo. |
| Medidas de higiene | : | Manipúlelo con las precauciones de higiene industrial adecuadas, y respete las prácticas de seguridad.<br>No coma ni beba durante su utilización.<br>No fume durante su utilización.<br>Lavarse las manos antes de los descansos y después de terminar la jornada laboral. |

## SECCIÓN 9. PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS

| | | |
|---|---|---|
| Aspecto | : | líquido |
| Color | : | incoloro |
| Olor | : | muy débil |
| Umbral de olor | : | Sin datos disponibles |
| pH | : | aprox. 12 (20 °C (20 °C)) |
| Punto de fusión/rango / Punto de congelación | : | Sin datos disponibles |
| Punto / intervalo de ebullición | : | Sin datos disponibles |
| Punto de inflamación | : | Sin datos disponibles |
| Tasa de evaporación | : | Sin datos disponibles |
| Inflamabilidad (sólido, gas) | : | Sin datos disponibles |
| Límite superior de explosividad / Límite de inflamabilidad superior | : | Sin datos disponibles |
| Límite inferior de explosividad / Límite de inflamabilidad inferior | : | Sin datos disponibles |
| Presión de vapor | : | 23 hPa |
| Densidad relativa de vapor | : | Sin datos disponibles |
| Densidad | : | aprox. 1 g/cm3 (20 °C (20 °C)) |
| Solubilidad | | |
| Hidrosolubilidad | : | soluble |
| Solubilidad en otros disolventes | : | Sin datos disponibles |

| | | |
|---|---|---|
| Coeficiente de reparto n-octanol/agua | : | Sin datos disponibles |
| Temperatura de ignición espontánea | : | Sin datos disponibles |
| Temperatura de descomposición | : | Sin datos disponibles |
| Viscosidad | | |
| Viscosidad, dinámica | : | Sin datos disponibles |
| Viscosidad, cinemática | : | Sin datos disponibles |
| Propiedades explosivas | : | Sin datos disponibles |
| Propiedades comburentes | : | Sin datos disponibles |

## SECCIÓN 10. ESTABILIDAD Y REACTIVIDAD

| | | |
|---|---|---|
| Reactividad | : | No se conoce ninguna reacción peligrosa bajo condiciones de uso normal. |
| Estabilidad química | : | El producto es químicamente estable. |
| Posibilidad de reacciones peligrosas | : | Sin riesgos a mencionar especialmente. |
| Condiciones que deben evitarse | : | Sin datos disponibles |
| Materiales incompatibles | : | Sin datos disponibles |

## SECCIÓN 11. INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA

## SECCIÓN 12. INFORMACIÓN ECOTOXICOLOGICA

**Ecotoxicidad**

**Componentes:**

**bronopol (DCI):**

| | | |
|---|---|---|
| Factor-M (Toxicidad acuática aguda) | : | 10 |
| Factor-M (Toxicidad acuática crónica) | : | 1 |

**Masa de reacción de 5-cloro-2-metil-2H-isotiazol-3-ona y 2-metil-2H-isotiazol-3-ona (3:1):**

| | | |
|---|---|---|
| Factor-M (Toxicidad acuática aguda) | : | 100 |
| Factor-M (Toxicidad acuática crónica) | : | 100 |

**Persistencia y degradabilidad**

Sin datos disponibles

**Potencial de bioacumulación**

Sin datos disponibles

**Movilidad en el suelo**

Sin datos disponibles

**Otros efectos adversos**

**Producto:**

| | | |
|---|---|---|
| Información ecológica complementaria | : | No existe ningún dato disponible para ese producto. |

## SECCIÓN 13. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ELIMINACIÓN DE LOS PRODUCTOS

**Métodos de eliminación**

| | | |
|---|---|---|
| Residuos | : | No contamine los estanques, cursos de agua o zanjas con el producto químico o el contendor utilizado.<br>Envíese a una compañía autorizada para la gestión de residuos. |
| Envases contaminados | : | Vacíe el contenido restante.<br>Eliminar como producto no usado.<br>No reutilice los recipientes vacíos. |

## SECCIÓN 14. INFORMACIÓN RELATIVA AL TRANSPORTE

**Regulaciones internacionales**

**UNRTDG**
No regulado como mercancía peligrosa

**IATA-DGR**
No regulado como mercancía peligrosa

**Código-IMDG**
No regulado como mercancía peligrosa

**Transporte a granel de acuerdo a instrumentos IMO**

No aplicable para el producto tal y como se proveyó.

**Precauciones especiales para los usuarios**

No aplicable

## SECCIÓN 15. INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

**Reglamentación medioambiental, seguridad y salud específica para la sustancia o mezcla**

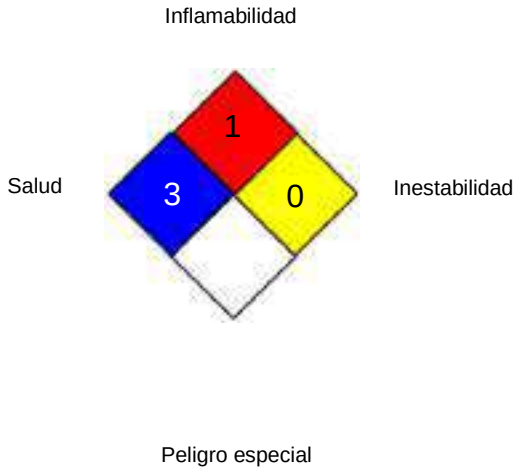
| | | |
|---|---|---|
| Convención Internacional sobre las Armas Químicas (CWC) Programas sobre los Productos Químicos Tóxicos y los Precursores (Louisiana Administrative Code, Title 33,Part V Section 10101 et. seq.) | : | No aplicable |
| Reglamentación sobre el control de la importación, fabricación, venta, distribución, transporte y uso de sustancias que pueden ser utilizadas para el procesamiento de drogas que producen dependencia. | : | No aplicable |

## SECCIÓN 16. OTRA INFORMACIÓN INCLUIDAS LAS RELATIVAS A LA PREPARACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS HOJAS DE DATOS DE SEGURIDAD

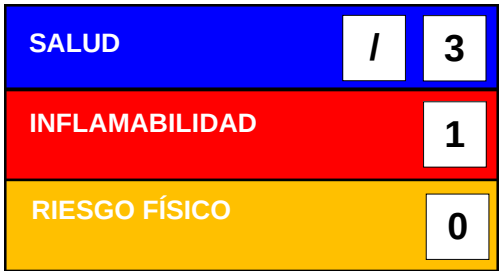
Fecha de revisión : 2023/03/29
formato de fecha : aaaa/mm/dd

**Información adicional**

**NFPA:**




**HMIS® IV:**




Las clasificaciones HMIS® se basan en una escala del 0 al 4 en la que 0 significa riesgos o peligros mínimos y 4 significa riesgos o peligros serios. El "*" representa un peligro crónico, mientras que la "/" representa la ausencia de un peligro crónico.

**Texto completo de otras abreviaturas**

| | | |
|---|---|---|
| ADR | : | Accord européen relatif au transport international des marchandises Dangereuses par Route |
| CAS | : | Chemical Abstracts Service |
| DNEL | : | Derived no-effect level |
| EC50 | : | Half maximal effective concentration |
| GHS | : | Globally Harmonized System |
| IATA | : | International Air Transport Association |
| IMDG | : | International Maritime Code for Dangerous Goods |
| LD50 | : | Median lethal dosis (the amount of a material, given all at once, which causes the death of 50% (one half) of a group of test animals) |
| LC50 | : | Median lethal concentration (concentrations of the chemical in air that kills 50% of the test animals during the observation period) |
| MARPOL | : | International Convention for the Prevention of Pollution from Ships, 1973 as modified by the Protocol of 1978 |
| OEL | : | Occupational Exposure Limit |
| PBT | : | Persistent, bioaccumulative and toxic |
| PNEC | : | Predicted no effect concentration |
| REACH | : | Regulation (EC) No 1907/2006 of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 concerning the Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals (REACH), establishing a European Chemicals Agency |
| SVHC | : | Substances of Very High Concern |
| vPvB | : | Very persistent and very bioaccumulative |

La informacion contenida en este ficha de datos de seguridad corresponde a nuestro nivel de conocimiento en el momento de su publicacion. Quedan excluidas todas las garantias. Se aplicaran nuestras condiciones generales de venta en vigor. Por favor, consulte la Hoja de Datos del Producto antes de su uso y procesamiento.
CO / 1X

CONSTRUYENDO CONFIANZA

HOJA TÉCNICA DE PRODUCTO

# Sikasil®IA

SILICONA ACÉTICA ANTIHONGOS PARA SELLADO DE ACRISTALAMIENTOS Y APLICACIONES BAJO INTEMPERIE

## DATOS TÍPICOS DEL PRODUCTO

| | |
|---|---|
| Color | Transparente, negro, blanco |
| Almacenamiento | 12 meses desde su fecha de fabricación, en sus envases de origen bien cerrados y no deteriorados, en ambiente seco y protegido de la acción directa del sol a temperatura entre +10 °C y +25 °C |
| Composición química | Silicona acética de curado por humedad |
| Densidad (DIN 53479-9) | 0,98 kg/L |
| Formación de piel[1] | 25 minutos |
| Velocidad[1] de curado | 1,5 mm/24 hs |
| Capacidad de movimiento | 20 % (ISO 11600) |
| Escurrimiento (DIN EN 27390) | <2 mm |
| Temperatura de servicio | -40 °C a +150 °C |
| Resistencia a la tensión (ISO 8339)[1] | 0,6 N/mm² (6,1 kg/cm² ) |
| Resistencia al desgarro (DIN 24 Método C)[1] | 4,0 N/mm (4,1 kg/cm ) |
| Dureza Shore A (ISO 868) | 18 |
| Módulo de elasticidad (ISO 8389)[1] | ~0,36 N/mm² al 100 % de elongación (3,7 kg/cm² al 100 % de elongación ) |
| Recuperación elástica (DIN EN 26389 )[1] | >90 % |
| Temperatura del soporte | +5 °C a + 40 °C |
| Temperatura ambiente | +5 °C a + 40 °C |
| Humedad del soporte | El soporte debe estar seco |

[1] 23 °C / 50 % H.r.

## DESCRIPCIÓN

Sikasil®-IA es un sellador de silicona monocomponente, de bajo módulo de elasticidad, que cura con la humedad ambiente y es adecuado para aplicaciones en interior y exterior.

## BENEFICIOS DEL PRODUCTO

- Muy buena adherencia a una amplia variedad de soportes.
- Muy buena resistencia a los rayos UV y al envejecimiento.
- Resistencia de larga duración a los hongos, musgo y líquenes.
- Bajo módulo.
- Libre de solventes.
- Alta elasticidad y flexibilidad.

## ÁREAS DE APLICACIÓN

Sikasil®-IA es adecuado para sellado de acristalamientos y aplicaciones bajo intemperie, en soportes, como vidrio, piezas cerámicas vitrificadas, materiales no oxidables, bronce, etc. Se recomienda que la aplicación de este producto se haga por usuarios experimentados y realizar pruebas con los sustratos para asegurar la adhesión y la compatibilidad de los materiales. No indicado para uso sobre vidrio laminado ni policarbonato.

## MÉTODO DE APLICACIÓN

### Preparación de la Superficie

Las superficies deben estar limpias, secas y libres de todo rastro de grasa, aceite y polvo. Como regla, los sustratos deben prepararse preliminarmente, de acuerdo con las instrucciones dadas en la "Guía de preparación de superficies", disponible en la web: col.sika.com o con su asesor técnico.

**Dimensiones de la junta**
La junta debe ser diseñada en función de la capacidad de movimiento del sellador. Para juntas entre 6 mm y 12 mm de ancho se recomienda una profundidad del sellado de 6 mm.

| Ancho de junta | | |
|---|---|---|
| 6 mm | 9 mm | 12 mm |
| **Profundidad de la junta** | | |
| 6 mm | 6 mm | 6 mm |
| **Metros lineales por cartucho/300 ml** | | |
| ~8 m | ~5.5 m | ~4 m |

**Aplicación**
Sikasil®-IA está listo para su uso. Después de la preparación adecuada de la junta y del soporte, que incluye la aplicación de Primer si fuera necesario, colocar el cartucho de sellador en la pistola aplicadora y extrudir el Sikasil®-IA dentro de la junta, asegurando el total contacto del sellador con los lados de la junta.
Seguidamente y dentro de los 10 minutos de aplicado el sellador proceder a su alisado con espátula seca o sumergida en un líquido adecuado. Retirar inmediatamente, la cinta de enmascarar.

**Limpieza**
Sikasil®-IA sin curar puede ser removido de herramientas y equipos empleando solventes adecuados. Una vez curado, el material solo puede ser eliminado mecánicamente.

## LIMITANTES
- Sikasil®-IA, no es recomendado para soportes porosos como concreto, piedra, mármol o granito.
- No usar sobre soportes bituminosos, caucho, cloropreno, EPDM o sobre materiales de construcción de los que puedan migrar aceites, plastificantes o solventes.
- No aplicarlo en un lugar totalmente confinado porque requiere de la humedad ambiente para su curado.
- Dado que durante su curado se libera ácido acético, este puede corroer espejos y metales sensibles como cobre, latón y plomo.
- Sikasil®-IA no está recomendado para juntas sumergidas o en juntas donde la abrasión sea alta. Asimismo, no está recomendado para su uso en aplicaciones en contacto con alimentos.
- No está recomendado para usos médicos o farmacéuticos.

Esta información es ofrecida solo como guía general, la asesoría sobre aplicaciones específicas se darán a solicitud.

## INFORMACIÓN ADICIONAL
Copias de las siguientes publicaciones están disponibles a solicitud:
- Hoja de seguridad del producto.
- Guía de preparación de superficies.

## VALORES BASE
Toda la información técnica enunciada en esta hoja de datos del Producto está basada en pruebas de laboratorio. La medida real de estos datos puede variar debido a circunstancias ajenas a nuestro control.

## PRESENTACIÓN

| | |
|---|---|
| Cartucho | 300 ml |

## BASE DE LOS DATOS DE PRODUCTO
Todos los datos mencionados en la presente Hoja Técnica están basados en ensayos de laboratorio. Valores medidos en otras circunstancias pueden variar debido a condiciones fuera de nuestro control.

## INFORMACIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD
Para la información y las recomendaciones sobre la correcta manipulación, almacenamiento y eliminación de residuos de los productos químicos, los usuarios deben referirse a la actual hoja de seguridad que contiene datos físicos, ecológicos, toxicológicos y otros datos relativos.

## NOTA
La información y, en particular, las recomendaciones sobre la aplicación y uso final de los productos **Sika** son proporcionadas de buena fe, basados en el conocimiento y experiencia actuales de **Sika** respecto a sus productos, siempre y cuando éstos sean adecuadamente almacenados y manipulados, así como aplicados en condiciones normales. En la práctica, las diferencias en los materiales, sustratos y condiciones de la obra son tan particulares que de esta información, cualquier recomendación escrita o cualquier otro consejo no se puede deducir garantía alguna respecto a la comercialización o adaptabilidad del producto a una finalidad en particular, así como responsabilidad alguna que surja de cualquier relación legal. Se deben respetar los derechos de propiedad de terceros. Todas las órdenes de compra son aceptadas de acuerdo con nuestras actuales condiciones de venta y despacho. Los usuarios deben referirse siempre a la edición más reciente de la Hoja Técnica, cuyas copias serán facilitadas a solicitud del cliente.

Responsabilidad Integral
ISO 9001 Icontec Código: CO-SC 033-1
ISO 14001 Icontec Código: CO-SA 006-1

**Sika Colombia S.A.S.**
Vereda Canavita
Km. 20.5, Autopista Norte
Tocancipá - Cundinamarca
PBX: (1) 878 6333
Fax: (1) 8786660
E-mail: sika_colombia@co.sika.com
web: col.sika.com

# TOXEMENT 200

**Sellante de silicona anti-hongos**

## Descripción

**TOXEMENT 200** es un sellante de silicona acética multipropósito, de un solo componente, elástico e ideal para uso en interiores y exteriores.

**TOXEMENT 200** proporciona un sello hermético y flexible que cura con la humedad del ambiente.

## Información Técnica

**Propiedades Técnicas**

| PROPIEDAD | MÉTODO | RESULTADO |
|---|---|---|
| Base | - | Silicona acética |
| Mecanismo de Curado | - | Curado con humedad a temperatura ambiente |
| Formación de piel (23°C y 50% HR) | - | 5-20 minutos |
| Dureza Shore A | ASTM D2240 | 18±5 |
| Gravedad específica | - | 0,95±0.03 |
| Recuperación Elástica | ISO 7389 | 80% |
| Capacidad de movimiento | - | ±25% |
| Escurrimiento | - | 0 |
| Elongación de ruptura | ISO 37 | 450% |
| Temperatura de servicio | - | - 40°C a 120°C |
| Temperatura de aplicación | - | 5°C a 40°C |

Los anteriores son valores típicos obtenidos en condiciones de laboratorio. Es posible una variación razonable en condiciones de campo.

## Usos

**TOXEMENT 200** es ideal para sellar alrededor de ventanas y puertas, en molduras, canaletas y rejillas de ventilación. **TOXEMENT 200** se adhiere a superficies de:

- Vidrio
- Cerámica
- Fibra de vidrio
- Porcelana
- Maderas no aceitosas
- Diversos metales
- Plásticos

## Ventajas

- Libre de solventes
- Sin escurrimiento
- Es antihongos
- Es multipropósito. Con propiedades que facilitan su aplicación.
- Puede ser usada tanto en interiores como en exteriores.
- Sella herméticamente impidiendo el paso de aire y agua.
- El producto viene listo para su uso.
- Buena durabilidad.
- Excelente adherencia a diferentes materiales.





OFICINA PRINCIPAL:
Parque Industrial Gran Sabana MZ - M7 Tocancipá,
PBX: (1) 469 57 87
WWW.TOXEMENT.COM.CO

# TOXEMENT 200

**Sellante de silicona anti-hongos**



- Rápido tiempo de secado.
- No destiñe y es resistente a rayos UV.

## Rendimiento

Un cartucho de **TOXEMENT 200** de 300 ml rinde aproximadamente 15 metros lineales con una aplicación de 0,5 cm de diámetro.

## Aplicación

**Preparación de la superficie**

- La superficie que estará en contacto con **TOXEMENT 200** debe estar limpia, seca, libre de escombros, polvos, suciedad, jabón, aceites, grasas u otros contaminantes. Sustratos no porosos deben limpiarse con un paño de algodón limpio, sin pelusas y solvente. Se debe eliminar el solvente residual antes de que se evapote con un paño limpio y seco.
- Dependiendo del sustrato la superficie puede requerir limpieza con grata metálica, sandblasting o lavado con solvente.
- Retire completamente sellantes existentes.

**Colocación**

- Coloque cinta de enmascarar a cada lado de la superficie.
- Corte la boquilla en ángulo de 45° a la altura deseada para controlar el diámetro de la salida.
- Perfore el sello interior.
- Coloque el cartucho en la pistola de calafateo y aplique el producto.
- Llene completamente la superficie y proceda inmediatamente a dar el terminado.

**Terminado**

- Pase una espátula para retirar los excesos.
- Retire la cinta de enmascarar.
- Limpie el exceso del sellador no curado de la superficie y las herramientas con varsol. El exceso de sellador ya curado debe ser cortado o raspado.
- Permita que el sellante cure por 24 horas, la silicona **TOXEMENT 200** requiere una adecuada ventilación para curar, evite aplicar en espacios confinados o con mala ventilación.

## Recomendaciones Especiales

- No use sobre materiales alcalinos como: Mármol, granito, etc.
- No está recomendado para uso en inmersión.
- No se recomienda sobre superficies húmedas, maderas aceitosas, tubería de estufas o chimeneas.
- No se recomienda para uso en acristalamiento estructural, reparaciones de defectos superficiales o rellenos en forma de punta.
- No recomendado para uso en superficies que usen cemento o sobre materiales que puedan desprender aceites, plastificantes o disolventes.
- Sustratos de metil-metacrilato, policarbonato, polipropileno, polietileno, neopreno, EPDM y politetrafluoroetileno no permiten una buena adherencia ni compatibilidad con el sellante.
- En caso de aplicaciones sobre materiales diferentes a los listados o aplicaciones a gran escala, se sugiere realizar una prueba previa sobre el área específica para validar la compatibilidad antes de realizar una aplicación generalizada. Consulte con su Asesor experto de EUCLID CHEMICAL TOXEMENT.
- No se recomienda su uso en latón, cobre, magnesio, zinc, hierro, metales galvanizados o en otras superficies propensas al ataque de ácidos débiles.
- No use donde pueda estar expuesto a abrasión.
- No debe utilizarse para el sellado de acuarios.

- El contacto con algunos agentes de limpieza o contacto indirecto con emisiones de gases puede cambiar la apariencia del producto.
- Cuando se desee sellar dos superficies, en lo posible manténgalas juntas hasta el curado.
- Retire el exceso de sellador no curado de las superficies y los instrumentos con alcohol o varsol. Lávese las manos con agua y jabón.
- Los excesos de silicona seca deben ser raspados o cortados.
- En todos los casos consultar la Ficha de Datos de Seguridad del Producto antes de su uso.

## Manejo y Almacenamiento

**TOXEMENT 200** debe almacenarse en su envase original, herméticamente cerrado, bajo techo, en lugares ventilados, secos y a temperaturas entre 10°C y 25°C.

Vida útil en almacenamiento:
- 1 año en condiciones óptimas de almacenamiento.

## Presentación

Cartucho: 300 ml

Las Hojas Técnicas de los productos EUCLID CHEMICAL TOXEMENT pueden ser modificadas sin previo aviso. Visite nuestra página Web www.toxement.com.co para consultar la última versión.

Los resultados que se obtengan con nuestros productos pueden variar a causa de las diferencias en la composición de los substratos sobre los que se aplica o por efectos de la variación de la temperatura y otros factores. Por ello recomendamos hacer pruebas representativas previo a su empleo en gran escala. EUCLID CHEMICAL TOXEMENT se esfuerza por mantener la alta calidad de sus productos, pero no asume responsabilidad alguna por los resultados que se obtengan como consecuencia de su empleo incorrecto o en condiciones que no estén bajo su control directo.

Versión 7 – Febrero 6 de 2025





OFICINA PRINCIPAL:
Parque Industrial Gran Sabana MZ - M7 Tocancipá,
PBX: (1) 469 57 87
WWW.TOXEMENT.COM.CO

# Anexo 10

# Maquinaria y Equipos

MAQUITEC DE COLOMBIA SAS





# LÍNEA DE APISONADORES

**www.maquitecdecolombia.com**
info@maquitecdecolombia.com
Cra. 22 # 68 - 68 | Bogotá, Colombia.

@MAQUITECDECOLOMBIA

YouTube

Maquinaria Liviana

# APISONADOR GXR120 HONDA 4HP

Apisonador GXR120 Honda 4hp, Con motor diseñado específicamente para Apisonadores, cuyo diseño OCH (Árbol de levas a la cabeza) le permite ser mas compacto, ligero, silencioso y lo mejor, con un bajo mantenimiento, su configuración evita los problemas comunes con motores estacionarios, evitando desbordes de combustible y permitiendo el optimo rendimiento del apisonador en las exigentes condiciones de trabajo.



## FICHA TÉCNICA

| | |
|---|---|
| **Motor** | Gasolina Honda GXR120 |
| **Potencia** | 4,0 hp |
| **Carburador** | Tipo Flotador |
| **Golpes x min** | 660 – 700 |
| **Dimensiones** | 43 L x 76 W x 102 H |
| **Capacidad de tanque** | 3 Lt |
| **Tamaño de Zapata** | 33 cm x 28.5 cm |
| **Masa Operacional** | 75 Kg |
| **Fuerza Impacto** | 14 Kn (1400 Kg) |
| **Amplitud de Salto** | 40 – 85 mm |

HONDA

SKU: A70G4M

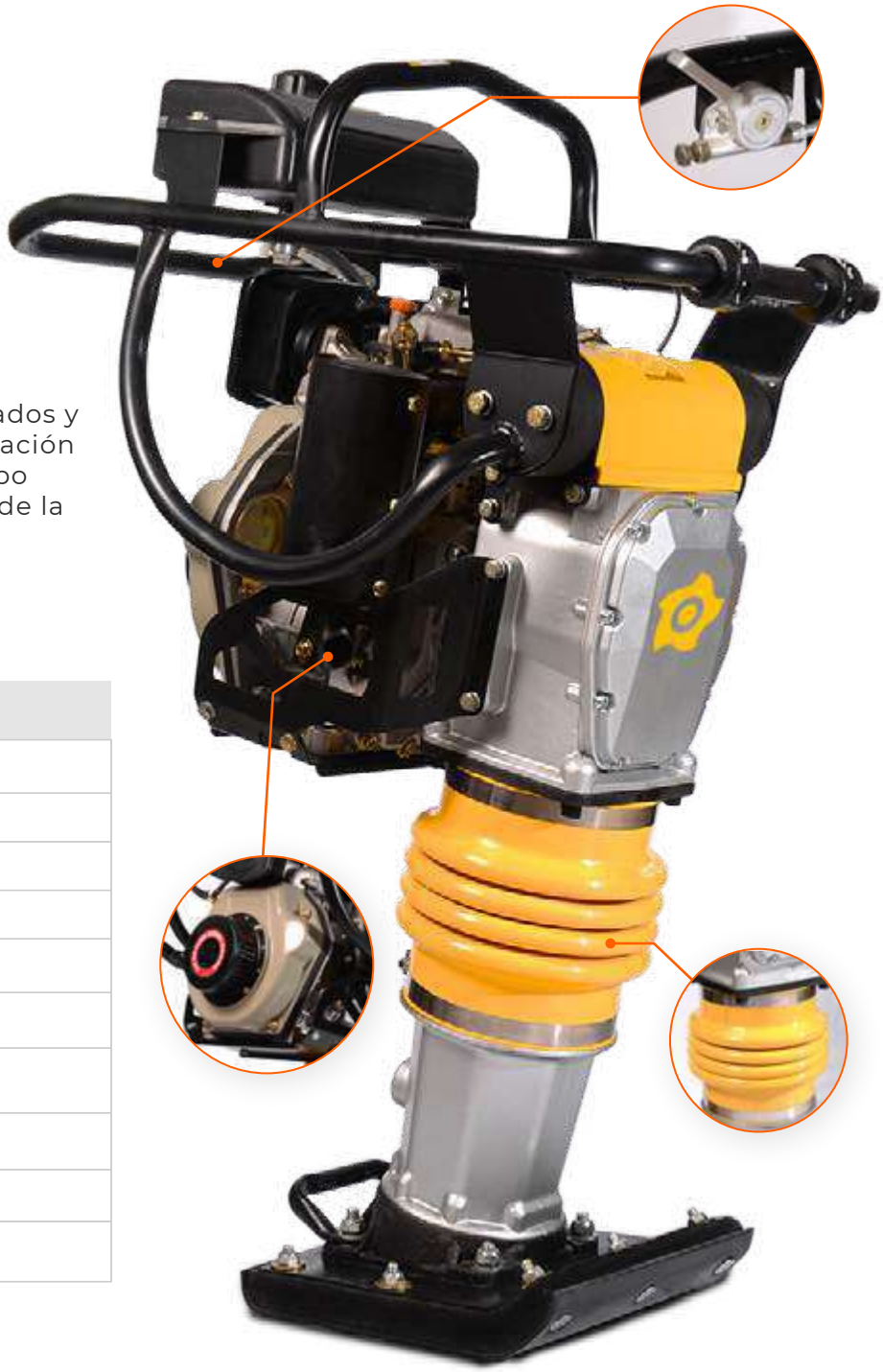
VER VIDEO

info@maquitecdecolombia.com
Cra. 22 # 68 - 68 | Bogotá, Colombia

Maquinaria Liviana

# APISONADOR DIÉSEL 4.2 HP

Apisonador Diésel 4.2hp, excelente para la compactación de suelos cohesivos, mezclados y material de grano grueso, es nuestra aplicación a la creciente tendencia del uso de este tipo de combustible en equipos para el sector de la construcción.



| FICHA TÉCNICA | |
|---|---|
| **Motor** | Diésel |
| **Potencia** | 4,2 hp |
| **Carburador** | Tipo Flotador |
| **Golpes x min** | 660 – 700 |
| **Productividad** | 218 - 268 m2/h |
| **Capacidad de tanque** | 3 Lt |
| **Tamaño de Zapata** | 33 cm x 28.5 cm |
| **Masa Operacional** | 85 Kg |
| **Fuerza Impacto** | 15 Kn (1500 Kg) |
| **Amplitud de Salto** | 40 – 80 mm |

SKU: **A74D4M**

VER VIDEO

info@maquitecdecolombia.com
Cra. 22 # 68 - 68 | Bogotá, Colombia

Maquinaria Liviana

# APISONADOR ROCKER 4HP

Apisonador Rocker 4hp con motor a gasolina, este apisonador resulta Ideal y efectivo en la compactación de grandes superficies, brechas, espacios confinados y otras aplicaciones en la industria de la construcción.



| FICHA TÉCNICA | |
|---|---|
| **Motor** | Gasolina |
| **Potencia** | 4,0 hp |
| **Carburador** | Tipo Flotador |
| **Golpes x min** | 660 – 700 |
| **Productividad** | 218 - 268 m2/h |
| **Capacidad de tanque** | 3 Lt |
| **Tamaño de Zapata** | 33 cm x 28 cm |
| **Masa Operacional** | 70 Kg |
| **Fuerza Impacto** | 14 Kn (1400 Kg) |
| **Profundidad de Compactación** | 0,55 mt |

ROCKER

SKU: A70G4MLC

VER VIDEO

info@maquitecdecolombia.com
Cra. 22 # 68 - 68 | Bogotá, Colombia

Maquinaria Liviana

# APISONADOR GX100 HONDA 3HP

Apisonador GX100 Honda a gasolina de 4 tiempos y 3hp, desarrollado específicamente para fuertes intensidades vibratorias resulta ideal para la compactación de suelos, de alto rendimiento con bajo consumo de combustible y emisiones de ruido reducidas.




| FICHA TÉCNICA | |
|---|---|
| **Motor** | Gasolina Honda GX100 |
| **Potencia** | 3 hp |
| **Carburador** | Tipo Flotador |
| **Golpes x min** | 660 – 700 |
| **Productividad** | 218 - 268 m2/h |
| **Capacidad de tanque** | 3 Lt |
| **Tamaño de Zapata** | 33 cm x 28.5 cm |
| **Masa Operacional** | 68 Kg |
| **Fuerza Impacto** | 13 Kn (1325 Kg) |
| **Profundidad de Compactación** | 40 - 85 mm |

HONDA

SKU: **A68G3M**

VER VIDEO

info@maquitecdecolombia.com
Cra. 22 # 68 - 68 | Bogotá, Colombia

Maquinaria Liviana

# APISONADOR LT6005 HUSQVARNA 4HP

Apisonador LT6005 Husqvarna 4hp, Compactación eficaz gracias a su potente motor montado en un chasis compacto y resistente que ofrece una velocidad y una fuerza de impacto elevadas, el apisonador cuenta con acceso a todos los puntos de servicio es sencillo para poder realizar tareas como revisar el nivel de aceite (motor y pie) o limpiar y cambiar el filtro de aire. ademas posee un contador de horas, un indicador del filtro de aire y un indicador de advertencia del aceite.




| FICHA TÉCNICA | |
|---|---|
| **Motor** | Gasolina GXR120 |
| **Potencia** | 4,0 hp |
| **Golpes x min** | 720 |
| **Capacidad de tanque** | 3 Lt |
| **Tamaño de Zapata** | 33 cm x 28 cm |
| **Masa Operacional** | 68 Kg |
| **Fuerza Impacto** | 1350 Kg |

Husqvarna

SKU: **LT6005**

VER VIDEO

info@maquitecdecolombia.com
Cra. 22 # 68 - 68 | Bogotá, Colombia

Maquinaria Liviana

# APISONADOR LT8005 HUSQVARNA DIESEL HATZ 4HP

Apisonador LT8005 Husqvarna, de huella más ancha, equipado con un motor diésel Hatz 1B20 que, gracias a una fuerza centrífuga elevada y su gran peso, garantiza una compactación eficaz, su potencia y equilibrio perfecto permiten una compactación eficiente de suelos granulares y cohesivos, como arcilla y lodo. es ideal para llevar a cabo trabajos de compactación en zanjas u otros espacios estrechos, como alrededor de pilares y tuberías.




VER VIDEO

| FICHA TÉCNICA | |
|---|---|
| **Motor** | Diésel Hatz Alemán |
| **Potencia** | 4,0 hp |
| **Golpes x min** | 720 |
| **Productividad** | 218 - 268 m2/h |
| **Capacidad de tanque** | 3 Lt |
| **Tamaño de Zapata** | 33 cm x 28 cm |
| **Masa Operacional** | 110 Kg |
| **Fuerza Impacto** | 15 Kn (1500 Kg) |
| **Profundidad de Compactación** | 0,65 mt |

Husqvarna

SKU: LT8005

info@maquitecdecolombia.com
Cra. 22 # 68 - 68 | Bogotá, Colombia

## *Truckies Series*

# PHP15 Electric Belt Drive

## 300 LPM - Free Air Delivery

HIGH PRESSURE

### Features & Benefits

- Genuine 3.5HP Motor rating - NOT PEAK HP!
- Certified & registered Pressure Vessel to AS1210
- Manufacturer Data Report available on request
- Smart Start Filters - U.S.A made to reduce start up AMPs by up to 40%
- 2 Stage, Cast Iron Peerless Pump - 5 Year Warranty
- Fully copper wound motor
- 2 Air Outlets! 1 x regulated, 1 x main tank outlet for tank pressure
- Water trap Filter Regulator fitted - auto drain not manual
- A480 Stainless steel inlet & exhaust valves
- Compressed air to AS4637-2006 standard (Free Air Delivery)










90KG

PUMP UP TIME TO 100PSI:
***1.15 - 1.20 MIN***

1060MM X 450MM X 750MM

**WARRANTY**
5 YEAR PUMP / 1 YEAR MOTOR

### Product Descriptions

The PHP15 is a 3.5HP two stage, high pressure compressor capable of running up to 175PSI. Two stage means that the pump has two low pressure heads which then feed into the high pressure head. These machines are fantastic for tyre inflation i.e. truck tyres or applications where large volumes of air at high pressure is required. The advantages of a two stage compressor are that you do not lose volume of air at higher pressure. The air temperature is some 40% cooler than the standard type of air compressor therefore producing less condensation (moisture).

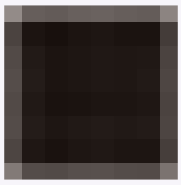
As a result this is a great compressor for the agricultural sector where there is a requirement to efficiently pump up truck tyres every so often.

### Specifications

| CODE | MODEL | CYLIN-DERS | PUMP DISPLACEMENT | FREE AIR DELIVERY | PUMP MAX PSI | MOTOR HP | PUMP TYPE | PUMP RPM | AMPS DRAW | TANK (L) | PRICE *(INC GST)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00100 | PHP15 | 3 | 15 CFM | 300 LPM | 175 | 3.5 | 2065T | 1132 | 13 | 55L | **$2780** |
| 00105 | PHP15FB | 3 | 15 CFM | 300 LPM | 175 | 3.5 | 2065T | 1132 | 13 | 110L | **$3090** |
| 00108 | PHP15V | 3 | 15 CFM | 300 LPM | 175 | 3.5 | 2065T | 1132 | 13 | 110L | **$3880** |

### High Density Mats

With all stationary tanks it is essential that you have 8-10mm high density rubber mat under the feet to not void warranty, this is also an OH & S requirement.





| CODE | DIMENSIONS |
|---|---|
| 00011 | 600MM X 200MM |

### Air Tools

**Able to run;**

- Low pressure spray gun
- High pressure spray gun
- Car tyre inflation gun
- Truck tyre inflation gun
- Stapling
- Fitting gun
- Framing nail gun
- Grease gun
- Chalking gun
- Riveter gun
- Screw driver
- ½" Ratchet gun
- ½" Impact gun
- Engine cleaning gun
- Sand blasting gun
- Air hammer
- Hi Torque ½" Impact gun

112KG



## PHP15 High Pressure Belt Drive Fat boy

### 300 LPM - Free Air Delivery

This high pressure compressor has all the performance and standard features as the standard PHP15 but is mounted on a 110 litre horizontal air receiver with pallet feet.

These models are very popular in workshops where there is only single phase power available. Unlike the portable version the 110L Fat Boy tank features a 1/2" tap which is a great feature when you need a lot of air quickly!

Note: this model is also available with a three phase motor *(REFER PAGE 2 - 24)*.

PUMP UP TIME TO 100PSI:
***2.30 - 2.35 MIN***

1090MM X 450MM X 890MM

125KG



## PHP15 High Pressure Belt Drive Vertical

### 300 LPM - Free Air Delivery

This vertical PHP15 compressor is suitable for the home handy man or the mechanic that wants to save space in the shed/workshop. Like other PHP15 models, this will do truck tyre inflation with ease of operation from 150-175PSI and has enough pressure to pop the bead.

With most single phase compressors as you increase the pressure you lose volume of air but not with the two stage pump, you can increase the pressure and maintain the volume of air while limiting AMP draw.

PUMP UP TIME TO 100PSI:
***2.30 - 2.35 MIN***

610MM X 450MM X 1500MM



## Truck Tyre Inflation

The PHP15 feature the 2065T two stage, high pressure compressor pump capable of running at 175PSI. Two stage means that the pump has two low pressure heads which then feed into the high pressure head. These two stage pumps are fantastic for tyre inflation or applications where large volumes of air at high pressure is required. The advantages of a two stage compressor is that you do not lose volume of air at higher pressure. The air temperature is some 40% cooler than the standard type of air compressor therefore producing less condensation.

*If you plan on using your air compressor to pump up truck tyres the PHP15 model is the perfect choice without needing a huge compressor!*

## Peerless recommened

**Optional Extras;**



- **Electronic auto drain** - Who can remember to drain their tank at the end of each day? Employing an electronic auto drain will remove the build up of condensate in your air receiver also helping with moisture in your air lines. This can be fitted at time of purchase or retro fitted, either with a 10AMP plug or wired into pressure switch.



- **Inline Water Trap -** Running long air lines? We recommend using a water trap every 25M of air line to remove moisture.



- **EHP300 Filter Regulator -** Peerless single phase portable compressors all come with a water trap filter regulator. When purchasing a fatboy or vertical compressor make sure to get this as an extra in order to reduce your air pressure for your air tools.



- **Service Kit** - Maintain your investment! We recommend servicing your air compressor roughly every 2000 working hours, dependant on how hard you are running it. Servicing your air compressor is important like servicing your car to increase it's life span and get the most out of it.

ISO 9001

Zea Thompson®

# BX1

*MÁQUINA DE SOLDAR*




KIT

## BX1-180

***VOLTAJE:*** 110-220V
***CARGA DE SALIDA:*** 180 AMP
***CARGA DE ENTRADA:*** 9.5 KVA
***PESO:*** 19 KG
***DIMENSIONES:*** 470X270X320 mm
***DIÁMETRO DEL ELECTRÓDO:*** 2~3.2mm
***CICLO DE TRABAJO:*** 10%
***PROTECTOR TÉRMICO***

## BX1-250

***VOLTAJE:*** 110-220V
***CARGA DE SALIDA:*** 250 AMP
***CARGA DE ENTRADA:*** 14.2 KVA
***PESO:*** 22 KG
***DIMENSIONES*** 470x270x320mm
***DIÁMETRO DEL ELECTRÓDO:*** 2.5~5 mm
***CICLO DE TRABAJO:*** 10%
***PROTECTOR TÉRMICO***

Zea Thompson®

M

MMA-160 / MMA-200




ISO 9001

DC

## MMA-160

DC INVERTER

***VOLTAJE:*** 220V
***FRECUENCIA:*** 60HZ
***CARGA DE SALIDA:*** 30- 160 AMP
***CARGA DE ENTRADA:*** 5.3 KVA
***VOLTAJE SIN CARGA:*** 76V
***PERDIDA SIN CARGA:*** 23.4
***AISLAMIENTO TIPO:*** F
***PROTECCIÓN:*** IP21
***PESO:*** 11 KG
***DIMENSIONES:*** 460X270X345 mm
***DIÁMETRO DEL ELECTRÓDO:*** 1.6~4.0mm
***CICLO DE TRABAJO:*** 40%

## MMA-200

DC INVERTER

***VOLTAJE:*** 220V
***FRECUENCIA:*** 60HZ
***CARGA DE SALIDA:*** 30-200 AMP
***CARGA DE ENTRADA:*** 7 KVA
***VOLTAJE SIN CARGA:*** 76V
***PERDIDA SIN CARGA:*** 23.4
***AISLAMIENTO TIPO:*** F
***PROTECCIÓN:*** IP21
***PESO:*** 11 KG
***DIMENSIONES*** 460x270x345mm
***DIÁMETRO DEL ELECTRÓDO:*** 1.6~4.0 mm
***CICLO DE TRABAJO:*** 6z0%

Zea Thompson

M

# MMA-165

*MÁQUINA DE SOLDAR*




**IGBT** TECNOLOGY

CE ROHS

110V 220V BI-VOLTAJE

***BI-VOLTAJE :*** 110V-220V
***FRECUENCIA :*** 60HZ
***CARGA DE ENTRADA :*** 5.6 KVA
***VOLTAJE SIN CARGA :*** 67 V
***CORRIENTE DE ENTRADA :*** 25 Amp
***RANGO CORRIENTE DE SOLDADURA :*** 10-140 Amp
***AISLAMIENTO TIPO :*** F
***PROTECCIÓN:*** IP21S
***DIMENSIONES:*** 285X150X237 mm
***CICLO DE TRABAJO:*** 35%

DC INVERTER

ISO 9001

DC

MMA-165

Zea Thompson®

M

# MMA-200 IS1

*MÁQUINA DE SOLDAR*
***DC INVERTER***




IGBT TECNOLOGY

DC INVERTER

***VOLTAJE:*** 220V
***CARGA DE ENTRADA:*** 9.4 KVA
***VOLTAJE SIN CARGA:*** 76 V
***CICLO DE TRABAJO:*** 60%
***PROTECCIÓN:*** IP21S
***DIÁMETRO DEL ELECTRÓDO:*** 1.6-5mm

ISO 9001

DC

MMA-200 IS1

Zea Thompson®

M

# MMA-250

*MÁQUINA DE SOLDAR*




***VOLTAJE:*** 220V
***VOLTAJE SIN CARGA:*** 70V
***CARGA DE SALIDA:*** 20-250 AMP
***CARGA DE ENTRADA:*** 6.9 KVA
***PESO:*** 17.5 KG
***DIMENSIONES:*** 480X204X303 mm.
***PROTECCIÓN:*** IP21S
***CICLO DE TRABAJO:*** 60%

GS CE ROHS ***DC INVERTER***

**ISO** *9001* DC

MMA-250

Zea Thompson®

# SUPERMIG-180




DC INVERTER

GAS NO GAS

DC

ISO 9001

**VOLTAJE:** 220V

**CARGA DE ENTRADA:** 8.6 KVA

**CONEC. CABLE/FUSIBLE RETARDADO:** 2.5MM²-S-2m/16A

**VOLTAJE CIRCUITO ABIERTO:** 15.5-42.5V

**RANGO DE CORRIENTE:** 40-180A / 14-23V

**PESO:** 13 KG

**DIMENSIONES:** 400X180X340 mm



M

# MIG-195

*MÁQUINA DE SOLDAR*
*DC INVERTER*




***VOLTAJE:***220V
***FRECUENCIA:*** 60HZ
***CARGA DE SALIDA:*** 180 AMP
***CLASE DE AISLAMIENTO:*** H
***POSICIONES DE AJUSTE:*** 4
***PESO:*** 38 KG
***DIMENSIONES:*** 595X340X410 mm.

GS CE ROHS GAS NO GAS

ISO 9001 KIT DC

MIG-195

Zea Thompson

M

# MIG-200M

## MÁQUINA DE SOLDAR

MULTIFUNCIONAL / INVERTER



### FUNCIONES

1. SOLDADURA POR ARCO CON NÚCLEO FUNDENTE.
2. SOLDADURA MIG.
3. SOLDADURA TIG.
4. SOLDADURA MMA.

PDF

IGBT
TECNOLOGY

CE




| | MIG/FLUX | MMA | TIG |
|---|---|---|---|
| CORRIENTE DE ENTRADA: | 34A | 33A | 21A |
| POTENCIA DE ENTRADA: | 7.5kVA | 7.2kVA | 4.7kVA |
| VOLTAJE SIN CARGA: | 60V | 60V | 60V |
| CORRIENTE DE SOLDADURA: | 30 ~ 200A | 20 ~ 175A | 20 ~ 175A |
| VOLTAJE DE SOLDADURA: | 15 ~ 24V | 21 ~ 27V | 10.8 ~ 17V |

**VOLTAJE:** 220V **FRECUENCIA:** 50HZ **PROTECCIÓN:** IP21S

**CICLO DE TRABAJO:** 35% **CLASE DE AISLAMIENTO:** F

MIG-200M

M

MIG-280

# MIG-280

## MÁQUINA DE SOLDAR MIG /MAG




**VOLTAJE:** 220V
**FRECUENCIA:** 50/60hZ
**POTENCIA DE ENTRADA:** 9.5kVA
**TENSIÓN MÁXIMA SIN CARGA EN DC:** 42V
**CORRIENTE DE ENTRADA DC:** 50-270A
**CICLO DE TRABAJO:** 230@20%
**DIÁMETRO ALAMBRE DE SOLD.** 0.8-1.0mm
**DIMENSIONES:** 860X425X570 mm
**PESO:** 75 Kg

ISO 9001

GAS

DC

T

# TIG-200

*MÁQUINA DE SOLDAR*
*TIG DC INVERTER*




***VOLTAJE:*** 220V
***VOLTAJE SIN CARGA:*** 43V
***CARGA DE SALIDA:*** 10-200 AMP
***CARGA DE ENTRADA:*** 4.5 KVA
***PESO:*** 11 KG
***DIMENSIONES:*** 460X2700X345 mm.
***PROTECCIÓN:*** IP21S
***DIÁMETRO DEL ELECTRÓDO:*** 1.6~4mm
***CICLO DE TRABAJO:*** 60%

GS CE ROHS **DC INVERTER**

**ISO** *9001* DC

TIG-200

Zea Thompson®

W

WSE-250

# WSE-250

MÁQUINA DE SOLDAR

***TIG / AC-DC INVERTER***

*(SUELDA ALUMINIO)*




PDF

***VOLTAJE:*** 220 V
***VOLTAJE SIN CARGA:*** 56 V
***CARGA DE SALIDA:*** 10 A 250 Amp.
***CORRIENTE DE ENTRADA:*** 22 Amp.
***TIEMPO DE PRECALENTAMIENTO:*** 0 ~ 2 S
***TIEMPO DE RETARDO:*** 2 ~ 10 S
***CICLO DE TRABAJO:*** 60%
***DIMENSIONES:*** 495X330X390 mm
***PESO:*** 23 KG

CE ROHS

***DC INVERTER***

TIG

Z

ZXE-250

# ZXE-250




***VOLTAJE:*** 220V
***CARGA DE ENTRADA:*** 14.2 KVA
***VOLTAJE SIN CARGA:*** 55-50V
***RANGO DE CORRIENTE:*** AC90-250A / DC 70-180
***DIÁMETRO DEL ELECTRÓDO:*** 2.5~5.0mm
***PESO:*** 37 KG
***DIMENSIONES:*** 600X320X490 mm
***CICLO DE TRABAJO:*** AC10% / DC10%

ISO 9001 DC KIT

Zea Thompson®

ISO 9001

C

CUT-40 / CUT-60

# CUT-40

CORTADORA DE PLASMA
CON INVERSOR




# CUT-60

CORTADORA DE PLASMA
CON INVERSOR

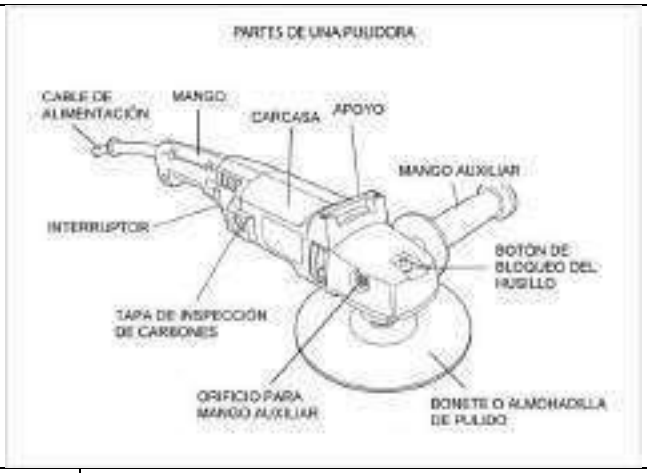
## CUT-40

- **VOLTAJE:** 220V - **FRECUENCIA:** 60HZ
- **ESPESOR DE CORTE:** 1-12mm
- **ARCO PILOTO:** HF OSCILANTE
- **Ø INTERNO DEL QUEMADOR:** 1.0mm
- **CARGA DE ENTRADA:** 4.7 KVA
- **CORRIENTE DE SALIDA:** 40A
- **VOLTAJE DE SALIDA:** 100V
- **CICLO DE TRABAJO:** 60%
- **PESO:** 9 KG - **PROTECCIÓN:** IP21S
- **DIMENSIONES:** 371X155X295 mm

## CUT-60

- **VOLTAJE:** 220V - **FRECUENCIA:** 60HZ
- **ESPESOR DE CORTE:** 1-23mm
- **ARCO PILOTO:** HF OSCILANTE
- **Ø INTERNO DEL QUEMADOR:** 1.2mm
- **CARGA DE ENTRADA:** 9 KVA
- **CORRIENTE DE SALIDA:** 60A
- **VOLTAJE DE SALIDA:** 120V
- **CICLO DE TRABAJO:** 60%
- **PESO:** 19 KG - **PROTECCIÓN:** IP21S
- **DIMENSIONES:** 371X155X295 mm

| METALPRIME | MANUAL DE EQUIPO | FT-MT-006 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN 01 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del equipo | PULIDORA | | | | | |
| Código del equipo | MP-0109 | | | | | |
| Fabricante | BOSCH | | | | | |
| Uso del equipo | CORTE Y PULIDO DE SUPERFICIES | | | | | |
| Características | Carcasa del engranaje protegida con plástico y revestida con un aislamiento optimizado Entradas de ventilación de diseño especial que permiten la refrigeración óptima del motor para una vida útil larga Empuñadura en D para que se adapte mejor al sujetarla en las distintas posiciones de trabajo Interruptor de seguridad, para una conexión controlada de la máquina Escobillas de desconexión la gran protección del motor | | | | | |
| | Referencia: | GWS 9-125-5/8" | | | | |
| | Peso | 2.3KG | | | | |
| | Dimensiones | Eje 4" / Alto 10cm / largo 15.5cm | | | | |
| | Voltaje: | 110 V | | | | |
| | Potencia nominal | 1500W | | | | |
| | Intensidad nominal | Máxima | 860W | Mínima | 800w | |
| | Frecuencia de red | -------- | | | | |
| | Velocidad | 11000rpm | | | | |
| | Energía de impacto | Pulido: $a_h$=6,0m/s2, K=1,5m/s2, | | | | |
| Accesorios |  | | | | | |
| Partes |  | | | | |
| Operación del equipo | Instalación de accesorios | ➢ Inserte las 2 arandelas distanciadoras y el plato pulidoren el husillo.<br>➢ Enrosque la tuerca tensora en el husillo y apriétela con la llave de dos pivotes | | | | |
| | Manejo | ➢ Para pulir pintura deslucida o para eliminar arañazos (p. ej. En plexiglás) puede equiparse la herramienta eléctrica con los accesorios para pulir correspondientes, como una caperuza de lana de oveja, o un fieltro o esponja para pulir (accesorios especiales).<br>➢ Al pulir deberán seleccionarse unas revoluciones reducidas (etapa 1 – 2) para evitar un sobrecalentamiento de la superficie. Aplique el | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | | pulimento sobre un área algo menor a la que desea pulir. Distribuya el pulimento con un útil de pulir apropiado, guiándolo con movimientos en cruz o circulares y aplicando una presión moderada.<br>➢ No deje que el pulimento se seque sobre la superficie ya que ésta podría dañarse. No exponga directamente al sol la superficie a pulir.<br>➢ Limpie con regularidad los accesorios para pulir con el fin de mantener unos buenos resultados en el pulido. Lave los accesorios para pulir con un detergente suave y agua caliente; no emplee diluyentes. |
| Mantenimiento | ➢ Antes de cualquier manipulación en la herramienta eléctrica, sacar el enchufe de red de la toma de corriente.<br>➢ Mantenga limpia la herramienta eléctrica y las rejillas de refrigeración para trabajar con eficacia y seguridad.<br>➢ En el caso de aplicaciones extremas, siempre que sea posible, utilice un equipo de aspiración. Sople con frecuencia las rejillas de refrigeración y conecte el aparato a través de un fusible diferencial (FI). Al trabajar metales puede llegar a acumularse en el interior de la herramienta eléctrica polvo susceptible de conducir corriente.<br>➢ Ello puede mermar la eficacia del aislamiento de la herramienta eléctrica.<br>➢ Almacene y trate cuidadosamente los accesorios. Si a pesar de los esmerados procesos de fabricación y control, la herramienta eléctrica llegase a averiarse, la reparación deberá encargarse a un servicio técnico<br>➢ Para cualquier consulta o pedido de piezas de repuesto es imprescindible indicar el nº de artículo de 10 dígitos que figura en la placa de características de la herramienta eléctrica. | |
| Seguridad | Puesto de trabajo | ➢ Mantenga limpio y bien iluminado su puesto de trabajo. El desorden o una iluminación deficiente en las áreas de trabajo pueden provocar accidentes.<br>➢ No utilice la herramienta eléctrica en un entorno con peligro de explosión, en el que se encuentren combustibles líquidos, gases o material en polvo. Las herramientas eléctricas producen chispas que pueden llegar a inflamar los materiales en polvo o vapores.<br>➢ Mantenga alejados a los niños y otras personas de su puesto de trabajo al emplear la herramienta eléctrica. Una distracción le puede hacer perder el control sobre la herramienta eléctrica. |
| | Eléctricas | ➢ El enchufe de la herramienta eléctrica debe corresponder a la toma de corriente utilizada. No es admisible modificar el enchufe en forma alguna. No emplear adaptadores en herramientas eléctricas dotadas con una toma de tierra. Los enchufes sin modificar adecuados a la respectiva toma de corriente reducen el riesgo de una descarga eléctrica.<br>➢ Evite que su cuerpo toque partes conectadas a tierra como tuberías, radiadores, cocinas y refrigeradores. El riesgo a quedar expuesto a una sacudida eléctrica es mayor si su cuerpo tiene contacto con tierra.<br>➢ No exponga la herramienta eléctrica a la lluvia y evite que penetren líquidos en su interior. Existe el peligro de recibir una descarga eléctrica si penetran ciertos líquidos en la herramienta eléctrica.<br>➢ No utilice el cable de red para transportar o colgar la herramienta eléctrica, ni tire de él para sacar el enchufe de la toma de corriente. Mantenga el cable de red alejado del calor, aceite, esquinas cortantes o piezas móviles. Los cables de red dañados o enredados pueden provocar una descarga eléctrica. |

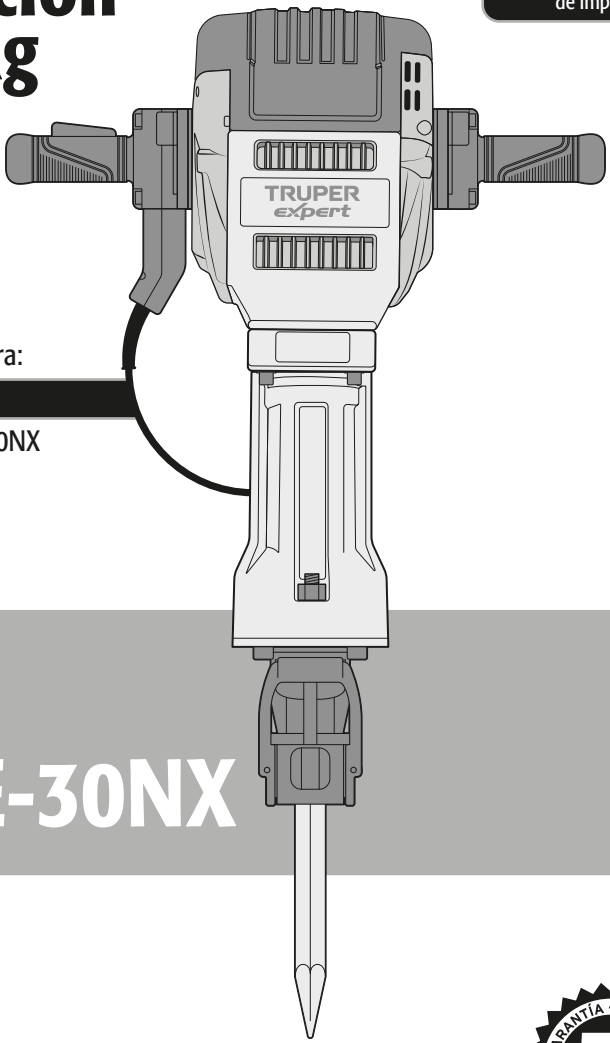
| | | |
|---|---|---|
| | | ➢ Al trabajar con la herramienta eléctrica a la intemperie utilice solamente cables de prolongación apropiados para su uso en exteriores. La utilización de un cable de prolongación adecuado para su uso en exteriores reduce el riesgo de una descarga eléctrica.<br>➢ Si fuese imprescindible utilizar la herramienta eléctrica en un entorno húmedo, es necesario conectarla a través de un usible diferencial. La aplicación de un fusible diferencial reduce el riesgo a exponerse a una descargaeléctrica. |
| | Personas | ➢ Esté atento a lo que hace y emplee la herramienta eléctrica con prudencia. No utilice la herramienta eléctrica si estuviese cansado, ni tampoco después de haber consumido alcohol, drogas o medicamentos. El no estar atento durante el uso de la herramienta eléctrica puede provocarle serias lesiones.<br>➢ Evite una puesta en marcha fortuita. Asegurarse de que la herramienta eléctrica esté desconectada antes de conectarla a la toma de corriente y/o al montar el acumulador, al recogerla, y al transportarla. Si transporta la herramienta eléctrica sujetándola por el interruptor de conexión/desconexión, o si alimenta la herramienta eléctrica estando ésta conectada, ello puede dar lugar a un accidente.<br>➢ Retire las herramientas de ajuste o llaves fijas antes de conectar la herramienta eléctrica. Una herramienta de ajuste o llave fija colocada en una pieza rotante puede producir lesiones al poner a funcionar la herramienta eléctrica.<br>➢ Evite posturas arriesgadas. Trabaje sobre una base firme y mantenga el equilibrio en todo momento. Ello le permitirá controlar mejor la herramienta eléctrica en caso de presentarse una situación inesperada.<br>➢ Lleve puesta una vestimenta de trabajo adecuada. No utilice vestimenta amplia ni joyas. Mantenga su pelo, vestimenta y guantes alejados de las piezas móviles. La vestimenta suelta, el pelo largo y las joyas se pueden enganchar con las piezas en movimiento. |
| | Equipo de protección | **Utilice un equipo de protección personal y en todo caso unas gafas de protección.** El riesgo a lesionarse se reduce considerablemente si, dependiendo del tipo y la aplicación de la herramienta eléctrica empleada, se utiliza un equipo de protección adecuado como una mascarilla antipolvo, zapatos de seguridad con suela antideslizante, casco, o protectores auditivos.<br>  |

ESPAÑOL
ENGLISH

TRUPER
expert

# Martillo de demolición de 30 kg

**62 J**
Energía de impacto




Este Instructivo es para:

| Código | Modelo |
|---|---|
| 100894 | MADE-30NX |

# MADE-30NX

**⚠ ATENCIÓN**

Lea este Instructivo por completo antes de usar la herramienta.

GARANTÍA · WARRANTY
5 años
INCONDICIONAL
UNCONDITIONAL

TRUPER
expert

# Índice


Especificaciones técnicas ..... 3

Requerimientos eléctricos ..... 3

Advertencias generales de seguridad para herramientas eléctricas ..... 4

Advertencias de seguridad para uso de demoledores ..... 5

Montaje de mango antiderrapante ..... 6

Partes ..... 6

Preparación ..... 7

Puesta en marcha ..... 8

Operación ..... 8

Mantenimiento ..... 8

Centros de servicio autorizados ..... 9

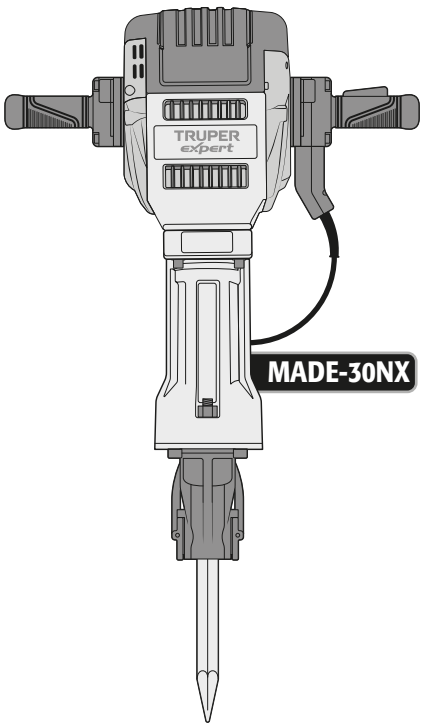
Póliza de garantía ..... 10


## ⚠ ATENCIÓN

**Para poder sacar el máximo provecho de la herramienta, alargar su vida útil, hacer válida la garantía en caso de ser necesario y evitar riesgos o lesiones graves, es fundamental leer este Instructivo por completo antes de usar la herramienta.**

Guarde este Instructivo para futuras referencias.

Los gráficos de este Instructivo son para referencia, pueden variar del aspecto real de la herramienta.



# Especificaciones técnicas

TRUPER expert

| | MADE-30NX | | |
|---|---|---|---|
| Código | 100894 | | |
| Descripción | Martillo de demolición de 30 kg | | |
| Tensión | 127 V~ | | |
| Frecuencia | 60 Hz | | |
| Corriente | 15 A | | |
| Potencia | 2 000 W | Energía de impacto | 62 Joules |
| Peso | 30 kg | | |
| Sujetador de herramienta | HEX 1 1/8" (28 mm) | | |
| Ciclo de trabajo | 50 min de trabajo por 20 min de descanso. Máximo 6 horas diarias. | | |
| Conductores | 16 AWG x 2C con temperatura de aislamiento de 105 °C | | |
| Aislamiento | Clase II | Grado IP | IP20 |

El cable de alimentación tiene sujeta-cables tipo: Y
La clase de construcción de la herramienta es: Aislamiento reforzado.
La clase de aislamiento térmico de los devanados del motor: Clase E

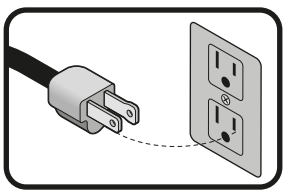
**ADVERTENCIA** Si el cable de alimentación se daña, éste debe ser reemplazado por el fabricante o Centro de Servicio Autorizado TRUPER®, con el fin de evitar algún riesgo de descarga o accidente considerable.
La construcción del aislamiento eléctrico de esta herramienta es alterado por salpicaduras o derramamiento de líquidos durante su operación. No la exponga a la lluvia, líquidos y/o humedad.



**ADVERTENCIA** Antes de obtener acceso a las terminales, todos los circuitos de alimentación deben ser desconectados.

# Requerimientos eléctricos

**ADVERTENCIA** Las herramientas de doble aislamiento y aislamiento reforzado están equipadas con una clavija polarizada (una pata es más ancha que la otra). Esta clavija cabe en cualquier enchufe polarizado y sólo puede conectarse de una forma. Si la clavija no cabe en el enchufe, voltéelo. Si aún así no cabe, póngase en contacto con un electricista calificado o instale un enchufe polarizado. No altere la clavija en forma alguna. Ambos tipos de aislamiento eliminan la necesidad de un cable de corriente de tres partes con conexión a tierra o de un sistema de corriente eléctrica con conexión a tierra.



**ADVERTENCIA** Al usar un cable de extensión, asegúrese de usar el calibre suficiente para transportar la corriente que consumirá su herramienta. Un cable de un calibre inferior ocasionará caídas de tensión en la línea, teniendo como resultado pérdida de potencia y sobrecalentamiento del motor. La siguiente tabla muestra el tamaño correcto que debe usarse dependiendo de la longitud del cable y de la capacidad de amperes indicada en la placa de datos de la herramienta. Si tiene dudas use el siguiente calibre más alto.

| Capacidad en Amperes | Número de conductores | Calibre de extensión de 1.8 m a 15 m | Calibre de extensión mayor de 15 m |
|---|---|---|---|
| de 0 A hasta 10 A | 3 (uno a tierra) | 18 AWG(*) | 16 AWG |
| de 10 A hasta 13 A | | 16 AWG | 14 AWG |
| de 13 A hasta 15 A | | 14 AWG | 12 AWG |
| de 15 A hasta 20 A | | 8 AWG | 6 AWG |

* Se permite utilizarlo siempre y cuando las extensiones mismas cuenten con un artefacto de protección contra sobrecorriente.
AWG = Calibre de alambre estadounidense (American Wire Gauge). Referencia: NMX-J-195-ANCE

**ADVERTENCIA** Al operar herramientas eléctricas en exteriores, utilice una extensión aterrizada marcada como "Uso exterior" marca VOLTECK. Estas extensiones son especiales para el uso en exteriores y reducen el riesgo de sufrir una descarga eléctrica.

TRUPER expert

# Advertencias generales de seguridad para herramientas eléctricas

**⚠¡ADVERTENCIA! Lea detenidamente todas las advertencias de seguridad y todas las instrucciones que se enlistan a continuación.** La omisión de alguna de ellas puede dar como resultado un choque eléctrico, incendio y/o daño serio. **Conserve las advertencias y las instrucciones para futuras referencias.**

## Área de trabajo

**Mantenga el área de trabajo limpia y bien iluminada.**
Las áreas desordenadas y obscuras son propensas a accidentes.

**No maneje la herramienta en ambientes explosivos, como en presencia de líquido, gas o polvo inflamables.**
Las herramientas eléctricas producen chispas que pueden encender material inflamable.

**Mantenga alejados a los niños y curiosos cuando opere la herramienta.**
Las distracciones pueden hacer que pierda el control.

## Seguridad eléctrica

**La clavija de la herramienta debe coincidir con el tomacorriente. Nunca modifique una clavija. No use ningún tipo de adaptador para clavijas de herramientas puestas a tierra.**
Clavijas modificadas y enchufes diferentes aumentan el riesgo de choque eléctrico.

**Evite el contacto del cuerpo con superficies puestas a tierra como tuberías, radiadores, cocinas eléctricas y refrigeradores.**
Hay un mayor riesgo de choque eléctrico si el cuerpo está puesto a tierra.

**No exponga la herramienta a la lluvia o condiciones de humedad.**
El agua que ingresa en la herramienta aumenta el riesgo de choque eléctrico.

**No fuerce el cable. Nunca use el cable para transportar, levantar o desconectar la herramienta. Mantenga el cable lejos del calor, aceite, orillas afiladas o piezas en movimiento.**
Los cables dañados o enredados aumentan el riesgo de choque eléctrico.

**Cuando maneje una herramienta en exteriores, use una extensión especial para uso en exteriores.**
El uso de una extensión adecuada para exteriores reduce el riesgo de choque eléctrico.

**Si el uso de la herramienta en un lugar húmedo es inevitable, use una alimentación protegida por un interruptor de circuito de falla a tierra (GFCI).**
El uso de un GFCI reduce el riesgo de choque eléctrico.

## Seguridad personal

**Esté alerta, vigile lo que está haciendo y use el sentido común cuando maneje una herramienta. No la use si está cansado o bajo la influencia de drogas, alcohol o medicamentos.**
Un momento de distracción mientras maneja la herramienta puede causar un daño personal.

**Use equipo de seguridad. Use siempre protección para los ojos.**
El uso de equipo de seguridad como lentes de seguridad, mascarilla antipolvo, zapatos antideslizantes, casco y protección para los oídos en condiciones apropiadas, reduce de manera significativa los daños personales.

**Evite arranques accidentales. Asegúrese de que el interruptor está en posición "apagado" antes de conectar a la fuente de alimentación y/o a la batería o transportar la herramienta.**
Transportar herramientas eléctricas con el dedo sobre el interruptor o conectar herramientas eléctricas que tienen el interruptor en posición de "encendido" puede causar accidentes.

**Retire cualquier llave o herramienta de ajuste antes de arrancar la herramienta eléctrica.**
Las llaves o herramientas que quedan en las partes rotativas de la herramienta pueden causar un daño personal.

**No sobrepase su campo de acción. Mantenga ambos pies bien asentados sobre el suelo y conserve el equilibrio en todo momento.**
Esto permite un mejor control de la herramienta en situaciones inesperadas.

**Vista adecuadamente. No vista ropa suelta o joyas. Mantenga su pelo, su ropa y guantes alejados de las piezas en movimiento.**
La ropa, el pelo suelto o las joyas pueden quedar atrapados en las piezas en movimiento.

**En caso de contar con dispositivos de extracción y recolección de polvo conectados a la herramienta, verifique sus conexiones y úselos correctamente.**
El uso de estos dispositivos reduce los riesgos relacionados con el polvo.

## Uso y cuidados de la herramienta

**No fuerce la herramienta. Use la herramienta adecuada para el trabajo a realizar.**
La herramienta adecuada hace un trabajo mejor y más seguro cuando se usa al ritmo para el que fue diseñado.

**No use la herramienta si el interruptor no funciona.**
Cualquier herramienta eléctrica que no pueda encenderse o apagarse es peligrosa y debe repararse antes de ser operada.

**Desconecte la herramienta de la fuente de alimentación y/o de la batería antes de efectuar cualquier ajuste, cambiar accesorios o almacenarla.**
Estas medidas reducen el riesgo de arrancar la herramienta accidentalmente.

**Almacene las herramientas fuera del alcance de los niños y no permita su manejo por personas no familiarizadas con las herramientas o con las instrucciones.**
Las herramientas eléctricas son peligrosas en manos no entrenadas.

**Déle mantenimiento a la herramienta. Compruebe que las partes móviles no estén desalineadas o trabadas, que no haya piezas rotas u otras condiciones que puedan afectar su operación. Repare cualquier daño antes de usar la herramienta.**
Muchos accidentes son causados por el escaso mantenimiento de las herramientas.

**Mantenga los accesorios de corte afilados y limpios.**
Los accesorios de corte en buenas condiciones son menos probables de trabarse y más fáciles de controlar.

**Use la herramienta, sus componentes y accesorios de acuerdo con estas instrucciones y de la manera prevista para el tipo de herramienta, en condiciones de trabajo adecuadas.**
El uso de la herramienta para aplicaciones diferentes para las que está diseñada podría causar una situación de peligro.

## Servicio

**Repare la herramienta en un Centro de Servicio Autorizado TRUPER® usando sólo piezas de repuesto idénticas.**
Para mantener la seguridad de la herramienta.

Esta herramienta cumple con la Norma Oficial Mexicana (NOM).

# Advertencias de seguridad
## para uso de demoledores

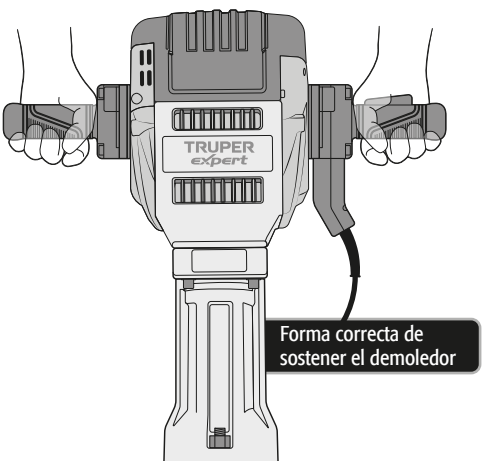
TRUPER expert

### Elija la broca o accesorio apropiados

**⚠ ATENCIÓN** • La herramienta está diseñada para trabajar con brocas o accesorios con zancos HEX 1 1/8" (28 mm). Elija el apropiado para el material a trabajar, esto reduce el riesgo de lesiones graves y agiliza el trabajo.
• No intente utilizar brocas que excedan la capacidad del broquero.
• Utilice brocas / accesorios bien afilados y en buenas condiciones para optimizar el trabajo.

### Antes de operar el demoledor

• Tómese su tiempo para evaluar el trabajo a realizar y asegúrese de haber respetado todas las precauciones necesarias antes de comenzar a taladrar.
**⚠ ADVERTENCIA** • Ajuste correctamente el accesorio al broquero, de lo contrario, éste puede salir despedido a gran velocidad y provocar lesiones graves.
**⚠ PELIGRO** • Antes de golpear en una pared, suelo o techo, asegúrese de que no haya objetos empotrados, tales como cables o conducciones eléctricas o tuberías.
**⚠ PELIGRO** • Asegúrese que el interruptor esté apagado (página 8 Puesta en marcha) antes de conectar la herramienta, de lo contrario ésta comenzará a funcionar inesperadamente, pudiendo provocar lesiones graves.
**⚠ ATENCIÓN** • Apague y desconecte la herramienta antes de instalar o reemplazar un accesorio.
**⚠ ADVERTENCIA** Esta herramienta eléctrica produce un campo electro-magnético durante su operación que podría interfiere con implantes médicos. Para reducir el riesgo de lesiones importantes o fatales, se recomienda a las personas con implantes médicos, consultar con su médico y con el fabricante del implante antes de operar la herramienta.



Forma correcta de sostener el demoledor

### Mientras opera el demoledor

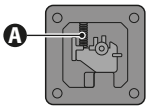
**⚠ ATENCIÓN** **• Sostenga la herramienta por su mango y por el mango auxiliar.** Recuerde que la pérdida de control puede causar lesiones personales.
**• Sostenga la herramienta por las superficies aislantes, sobre todo al realizar trabajos en los que la parte de corte de la broca pueda hacer contacto con cableados ocultos o con el propio cable de alimentación de la herramienta.** El contacto con un cable conductor de corriente hace que las piezas metálicas de la herramienta también tengan corriente y puedan provocar una descarga eléctrica al operador.
• No someta la herramienta a esfuerzos excesivos.
**⚠ ATENCIÓN** • Si la broca se atasca en la pieza de trabajo, apague el demoledor de inmediato. Luego retire la broca de la pieza de trabajo. No intente retirar las brocas atoradas encendiendo y apagando la herramienta.
• No ejerza demasiada presión a la herramienta con tal de acelerar la perforación. De lo contrario la broca se dañaría y la eficiencia de la herramienta disminuiría al igual que su vida útil.
**⚠ ADVERTENCIA** • En cuanto más grande sea el área del cincel, la fuerza reactiva es mayor, lo que puede provocar una pérdida del control de la herramienta. Para evitar esta posibilidad sujete firmemente la herramienta con ambas manos y mantenga una posición equilibrada sobre ambos pies mientras perfora a 90°.
• Esté atento y preparado para relajar la fuerza en cuanto la broca atraviese el material. Los movimientos repentinos pueden provocar accidentes.
**⚠ ATENCIÓN** • No toque el cincel ni las perforaciones inmediatamente después de taladrar. Espere a que se enfríen para manipularlas. No intente enfriarlas con agua o aceite.
• Evite colocar la herramienta en un sitio con partículas y/o polvo inmediatamente después de haber sido usada, estas pueden ser absorbidas dentro del mecanismo de la herramienta y así dañarla.
• Utilice protectores auriculares, cuando ejecute servicios que hagan ruidos superiores a 85 dB. La exposición al ruido puede causar pérdida auditiva.
• Utilice mascarilla antipolvo y un equipo extractor de polvo si es necesario. Recuerde que trabajar materiales como asbesto, pinturas con plomo, aditivos, algunos tipos de madera, metales o minerales es altamente tóxico.
• Utilice gafas de seguridad.

TRUPER expert

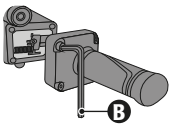
# Montaje de mango antiderrapante

Verifique que se incluyen las siguientes partes:
- Mango antiderrapante.
- 4 Tornillos cabeza allen
- 1 Llave allen
- 4 Tapones para tornillos cabeza Allen

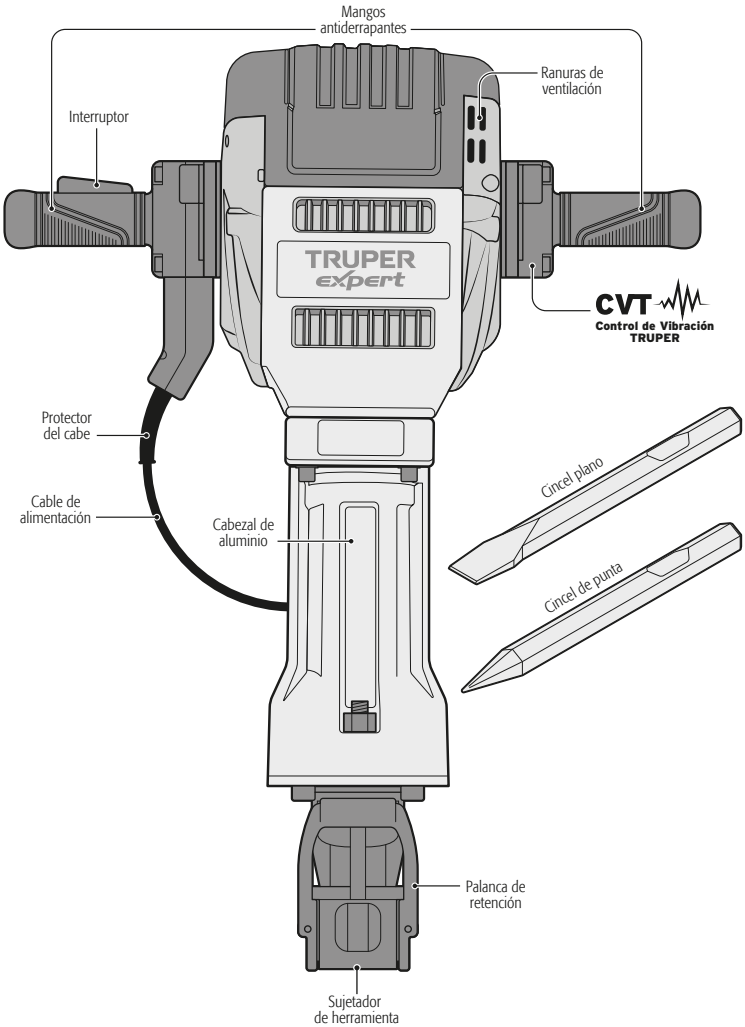
**⚠ ATENCIÓN** Antes de iniciar con el ensamble verifique que el resorte del control de vibración se encuentre correctamente ensamblado; tome como referencia la siguiente imagen (**A**).




Una vez confirmado el número de accesorios y el correcto ensamble del resorte del control de vibración, proceda al ensamble del mango antiderrapante contra el martillo demoledor. Haciendo coincidir los 4 barrenos de la periferia del mango antiderrapante con los barrenos de fijación en el martillo demoledor, coloque y apriete los tornillos con ayuda de la llave allen (incluida) (**B**). Finalmente coloque los tapones para tornillos.




# Partes



TRUPER expert

## Instalación de los cinceles/accesorios

**⚠ ATENCIÓN** Para prevenir accidentes, confirme que el interruptor esté apagado y desconecte la clavija del suministro eléctrico.

**⚠ ADVERTENCIA** Utilice guantes siempre que cambie los accesorios. Pueden llegar a estar extremadamente calientes durante la operación.

• Limpie el zanco de los accesorios y aplique grasa de los tubos incluidos antes de montarlos en el sujetador de herramienta (**A**).

• Los accesorios son asegurados en el sujetador de herramienta por medio de la palanca de retención (**B**). La posición de la palanca depende del tipo de zanco del accesorio que se va a utilizar, normalmente son de ranura o de anillo.

## Accesorios con ranura (C)

• Mueva la palanca de retención hacia la parte baja del sujetador sin llegar al eje de la herramienta, como se muestra en la referencia (**D**).

• Inserte el accesorio en el sujetador; asegure que la ranura del accesorio sea paralela a la palanca de retención.

• Regrese la palanca a su posición original para bloquear el accesorio (**E**).

• Jale la broca para confirmar que está completamente asegurada

• Para retirar el accesorio, mueva la palanca hacia la punta del broquero y retire el accesorio.

## Accesorios con anillo (F)

• Mueva la palanca de retención hacia la parte baja del sujetador hasta sobrepasar al eje de la herramienta, como se muestra en la referencia (**G**).

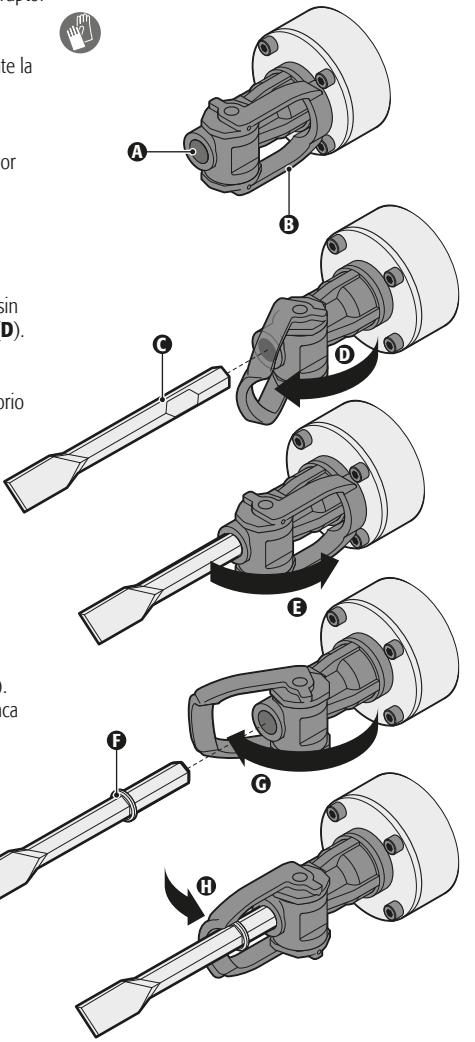
• Inserte el accesorio en el sujetador.

• Regrese la palanca en dirección al accesorio para bloquearlo (**H**).

• Asegúrese de que el anillo haya quedado por dentro de la palanca de retención.

• Jale la broca para confirmar que está completamente asegurada

• Para retirar el accesorio, separe la palanca y retire el accesorio.

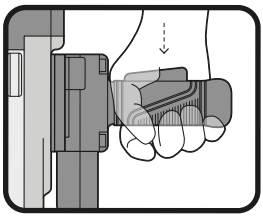


TRUPER expert

# Puesta en marcha

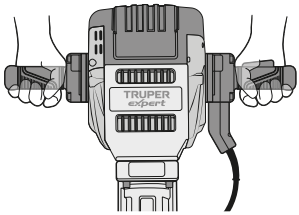
## Encendido y apagado

• Para encender el demoledor presione y mantenga presionado el interruptor.
• Para apagarlo suelte el interruptor.



# Operación

• Sostenga la herramienta firmemente con ambas manos.
• Enciéndala y aplique una leve presión sobre ésta para evitar que rebote sin control.
• Hacer una presión excesiva con la herramienta no mejorará la eficiencia.




# Mantenimiento

## Limpieza y cuidados

• Limpie la máquina con un paño suave, humedecido con agua y jabón, preferiblemente después de cada uso.
• Siempre mantenga las ventilas limpias y libres de obstrucciones para garantizar un enfriamiento adecuado del motor.
• Inspeccione regularmente todos los tornillos de montaje y asegúrese de que estén apretados correctamente. En caso de que alguno de los tornillos esté suelto, apriételo inmediatamente.

## Cambio de carbones

• Los carbones deben revisarse periódicamente, y ser reemplazados siempre por un Centro de Servicio Autorizado TRUPER® cuando se hayan desgastado.
• Después de que hayan sido reemplazados, pida que se inspeccione si los nuevos carbones pueden moverse libremente en el porta-carbón y solicite que enciendan la herramienta durante 5 minutos para emparejar el contacto de los carbones y el conmutador.
• Sólo se deben de usar carbones de repuesto TRUPER® originales, diseñados específicamente con la dureza y la resistencia eléctrica adecuadas para cada tipo de motor. Los carbones fuera de especificaciones pueden dañar el motor.
• Cuando se haga el cambio de carbones siempre deben reemplazarse los dos carbones.

## Lubricación

Se recomienda que la transmisión de la herramienta sea lubricada cada cambio de carbones en un Centro de Servicio Autorizado TRUPER®
Sin embargo; en dos a seis meses, dependiendo del uso lleve o envíe su herramienta a un Centro de Servicio Autorizado para que realicen una limpieza, inspección y lubricación completas. Las herramientas que se utilizan constantemente en trabajos de producción tendrán que volver a lubricarse con más frecuencia. Además, las herramientas que hayan estado "fuera de servicio" durante largos pediodos de tiempo deberían volver a lubricarse antes de volver a utilizarse.

## Servicio

• El servicio de las herramientas debe ser realizado únicamente en un Centro de Servicio Autorizado TRUPER®. El servicio y mantenimiento realizado por personas no calificadas puede resultar peligroso y llegar a ocasionar daños personales además de invalidar la garantía del producto.

# Centros de servicio autorizados

TRUPER expert

En caso de tener algún problema para contactar un Centro de Servicio Autorizado Truper® consulte nuestra página **www.truper.com** donde obtendrá un listado actualizado, o llame al: **800 690 6990** u **800-018-7873** donde le informarán cuál es el Centro de Servicio más cercano.

AGUASCALIENTES **DE TODO PARA LA CONSTRUCCIÓN**
GRAL. BARRAGÁN #1201, COL. GREMIAL, C.P. 20030, AGUASCALIENTES, AGS. TEL.: 449 994 0537

BAJA CALIFORNIA **SUCURSAL TIJUANA**
AV. LA ENCANTADA, LOTE #5, PARQUE INDUSTRIAL EL FLORIDO II, C.P 22244, TIJUANA, B.C.
TEL.: 664 969 5100

BAJA CALIFORNIA SUR **FIX FERRETERÍAS**
FELIPE ÁNGELES ESQ. RUIZ CORTÍNEZ S/N, COL. PUEBLO NUEVO, C.P. 23670, CD. CONSTITUCIÓN, B.C.S.
TEL.: 613 132 1115

CAMPECHE **TORNILLERÍA Y FERRETERÍA AAA**
AV. ÁLVARO OBREGÓN #324, COL. ESPERANZA
C.P. 24080 CAMPECHE, CAMP. TEL.: 981 815 2808

CHIAPAS **FIX FERRETERÍAS**
AV. CENTRAL SUR #27, COL. CENTRO, C.P. 30700, TAPACHULA, CHIS. TEL.: 962 118 4083

CHIHUAHUA **SUCURSAL CHIHUAHUA**
AV. SILVESTRE TERRAZAS #128-11, PARQUE INDUSTRIAL BAFAR, CARRETERA MÉXICO CUAUHTÉMOC, C.P. 31415, CHIHUAHUA, CHIH. TEL. 614 434 0052

CIUDAD DE MÉXICO **FIX FERRETERÍAS**
EL MONSTRUO DE CORREGIDORA, CORREGIDORA # 35, COL. CENTRO, C.P. 06060, CUAUHTÉMOC, CDMX.
TEL: 55 5522 5031 / 5522 4861

COAHUILA **SUCURSAL TORREÓN**
CALLE METAL MECÁNICA #280, PARQUE INDUSTRIAL ORIENTE, C.P. 27278, TORREÓN, COAH.
TEL.: 871 209 68 23

COLIMA **BOMBAS Y MOTORES BYMTESA DE MANZANILLO**
BLVD. MIGUEL DE LA MADRID #190, COL. 16 DE SEPTIEMBRE, C.P. 28239, MANZANILLO, COL.
TEL.: 314 332 1986 / 332 8013

DURANGO **TORNILLOS ÁGUILA, S.A. DE C.V.**
MAZURIO #200, COL. LUIS ECHEVERRÍA, DURANGO, DGO.TEL.: 618 817 1946 / 618 818 2844

ESTADO DE MÉXICO **SUCURSAL CENTRO JILOTEPEC**
PARQUE INDUSTRIAL # 1, COL. PARQUE INDUSTRIAL JILOTEPEC, JILOTEPEC, EDO. DE MÉX. C.P. 54257
TEL: 761 782 9101 EXT. 5728 Y 5102

GUANAJUATO **CÍA. FERRETERA NUEVO MUNDO S.A. DE C.V.**
AV. MÉXICO - JAPÓN #225, CD. INDUSTRIAL, C.P. 38010, CELAYA, GTO. TEL.: 461 617 7578 / 79 / 80 / 88

GUERRERO **CENTRO DE SERVICIO ECLIPSE**
CALLE PRINCIPAL MZ.1 LT. 1, COL. SANTA FE, C.P. 39010, CHILPANCINGO, GRO. TEL.: 747 478 5793

HIDALGO **FERREPRECIOS S.A. DE C.V.**
LIBERTAD ORIENTE #304 LOCAL 30, INTERIOR DE PASAJE ROBLEDO, COL. CENTRO, C.P. 43600, TULANCINGO, HGO. TEL.: 775 753 6615 / 775 753 6616

JALISCO **SUCURSAL GUADALAJARA**
AV. ADOLFO B. HORN # 6800, COL: SANTA CRUZ DEL VALLE, C.P.: 45655, TLAJOMULCO DE ZUÑIGA, JAL.
TEL.: 33 3606 5285 AL 90

MICHOACÁN **FIX FERRETERÍAS**
AV. PASEO DE LA REPÚBLICA #3140-A, COL. EX-HACIENDA DE LA HUERTA, C.P. 58050, MORELIA, MICH. TEL.: 443 334 6858

MORELOS **FIX FERRETERÍAS**
CAPITÁN ANZURES #95, ESQ. JOSÉ PERDIZ, COL. CENTRO, C.P. 62740, CUAUTLA, MOR.
TEL.: 735 352 8931

NAYARIT **HERRAMIENTAS DE TEPIC**
MAZATLAN #117, COL. CENTRO, C.P. 63000, TEPIC, NAY.
TEL.: 311 258 0540

NUEVO LEÓN **SUCURSAL MONTERREY**
CARRETERA LAREDO #300, 1B MONTERREY PARKS, COLONIA PUERTA DE ANÁHUAC, C.P. 66052, ESCOBEDO, NUEVO LEÓN, TEL.: 81 8352 8791 / 81 8352 8790

OAXACA **FIX FERRETERÍAS**
AV. 20 DE NOVIEMBRE #910, COL. CENTRO, C.P. 68300, TUXTEPEC, OAX. TEL.: 287 106 3092

PUEBLA **SUCURSAL PUEBLA**
AV PERIFÉRICO #2-A, SAN LORENZO ALMECATLA, C.P. 72710, CUAUTLACINGO, PUE.
TEL.: 222 282 8282 / 84 / 85 / 86

QUERÉTARO **ARU HERRAMIENTAS S.A DE C.V.**
AV. PUERTO DE VERACRUZ #110, COL. RANCHO DE ENMEDIO, C.P. 76842, SAN JUAN DEL RÍO, QRO.
TEL.: 427 268 4544

QUINTANA ROO **FIX FERRETERÍAS**
CARRETERA FEDERAL MZ. 46 LT. 3 LOCAL 2, COL EJIDAL, C.P. 77710 PLAYA DEL CARMEN, Q.R.
TEL.: 984 267 3140

SAN LUIS POTOSÍ **FIX FERRETERÍAS**
AV. UNIVERSIDAD #1850, COL. EL PASEO, C.P. 78320, SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. TEL.: 444 822 4341

SINALOA **SUCURSAL CULIACÁN**
AV. JESÚS KUMATE SUR #4301, COL. HACIENDA DE LA MORA, C.P. 80143, CULIACÁN, SIN.
TEL.: 667 173 9139 / 173 8400

SONORA **FIX FERRETERÍAS**
CALLE 5 DE FEBRERO #517, SUR LT. 25 MZ. 10, COL. CENTRO, C.P. 85000, CD. OBREGÓN, SON.
TEL.: 644 413 2392

TABASCO **SUCURSAL VILLAHERMOSA**
CALLE HELIO LOTES 1, 2 Y 3 MZ. #1, COL. INDUSTRIAL, 2A ETAPA, C.P. 86010, VILLAHERMOSA, TAB.
TEL.: 993 353 7244

TAMAULIPAS **VM ORINGS Y REFACCIONES**
CALLE ROSITA #527 ENTRE 20 DE NOVIEMBRE Y GRAL. RODRÍGUEZ, FRACC. REYNOSA, C.P. 88780, REYNOSA, TAMS. TEL.: 899 926 7552

TLAXCALA **SERVICIOS Y HERRAMIENTAS INDUSTRIALES**
PABLO SIDAR #132, COL . BARRIO DE SAN BARTOLOMÉ, C.P. 90970, SAN PABLO DEL MONTE, TLAX.
TEL.: 222 271 7502

VERACRUZ **LA CASA DISTRIBUIDORA TRUPER**
BLVD. PRIMAVERA. ESQ. HORTENSIA S/N, COL. PRIMAVERA C.P. 93308, POZA RICA, VER.
TEL.: 782 823 8100 / 826 8484

YUCATÁN **SUCURSAL MÉRIDA**
CALLE 33 #600 Y 602, LOCALIDAD ITZINCAB Y MULSAY, MPIO. UMÁN, C.P. 97390, MÉRIDA, YUC.
TEL.: 999 912 2451

TRUPER
expert

# Póliza de garantía

| Código | Modelo | Marca |
|---|---|---|
| 100894 | MADE-30NX | TRUPER® expert |

**Garantía.** Duración: 5 años. Cobertura: piezas, componentes y mano de obra contra defectos de fabricación o funcionamiento, excepto si se usó en condiciones distintas a las normales; cuando no fue operado conforme instructivo; fue alterado o reparado por personal no autorizado por **Truper®**. Para hacer efectiva la garantía únicamente presente el producto en el establecimiento donde lo compró o en Corregidora 35, Centro, Cuauhtémoc, CDMX, 06060, donde también podrá adquirir partes, componentes, consumibles y accesorios. Incluye los gastos de transportación del producto que deriven de su cumplimiento de su red de servicio. **Truper no solicitará ningún tipo de comprobante de pago para hacer efectiva la garantía.** Tel. 800-018-7873. Made in/Hecho en China. Importador **Truper, S.A. de C.V.** Parque Industrial 1, Parque Industrial Jilotepec, Jilotepec, Edo. de Méx. C.P. 54257, Tel. 761 782 9100.




Sello del establecimiento comercial. Fecha de entrega:



www.truper.com
05-2023

TRUPER expert

# Warranty policy

| Code | Model | Brand |
|---|---|---|
| 100894 | MADE-30NX | TRUPER® expert |

**Warranty.** Duration: 5 year. Coverage: parts, components and workmanship against manufacturing or operating defects, except if used under conditions other than normal; when it was not operated in accordance with the instructive; was altered or repaired by personnel not authorized by **Truper®**. To make the warranty valid, only present the product in the establishment where you bought it or in Corregidora 35, Centro, Cuauhtémoc, CDMX, 06060, where you can also purchase parts, components, consumables and accessories. The costs of transportation of the product that derive from its fulfillment of its service network are included. **Truper will not require any proof of purchase to make the warranty effective.** Phone number 800-018-7873. Made in China. Imported by Truper, S.A. de C.V. Parque Industrial 1, Parque Industrial Jilotepec, Jilotepec, Edo. de Méx. C.P. 54257, Phone number 761 782 9100.




Stamp of the business. Delivery date:



www.truper.com
05-2023

# Authorized service centers

TRUPER expert

In the event of any problem contacting a Truper Authorized Service Center, please see our webpage **www.truper.com** to get an updated list, or call our toll-free numbers **800 690-6990** or **800-018-7873** to get information about the nearest Service Center.

AGUASCALIENTES **DE TODO PARA LA CONSTRUCCIÓN**
GRAL. BARRAGÁN #1201, COL. GREMIAL, C.P. 20030, AGUASCALIENTES, AGS. TEL.: 449 994 0537

BAJA CALIFORNIA **SUCURSAL TIJUANA**
AV. LA ENCANTADA, LOTE #5, PARQUE INDUSTRIAL EL FLORIDO II, C.P 22244, TIJUANA, B.C.
TEL.: 664 969 5100

BAJA CALIFORNIA SUR **FIX FERRETERÍAS**
FELIPE ÁNGELES ESQ. RUIZ CORTÍNEZ S/N, COL. PUEBLO NUEVO, C.P. 23670, CD. CONSTITUCIÓN, B.C.S.
TEL.: 613 132 1115

CAMPECHE **TORNILLERÍA Y FERRETERÍA AAA**
AV. ÁLVARO OBREGÓN #324, COL. ESPERANZA
C.P. 24080 CAMPECHE, CAMP. TEL.: 981 815 2808

CHIAPAS **FIX FERRETERÍAS**
AV. CENTRAL SUR #27, COL. CENTRO, C.P. 30700, TAPACHULA, CHIS. TEL.: 962 118 4083

CHIHUAHUA **SUCURSAL CHIHUAHUA**
AV. SILVESTRE TERRAZAS #128-11, PARQUE INDUSTRIAL BAFAR, CARRETERA MÉXICO CUAUHTÉMOC, C.P. 31415, CHIHUAHUA, CHIH. TEL. 614 434 0052

CIUDAD DE MÉXICO **FIX FERRETERÍAS**
EL MONSTRUO DE CORREGIDORA, CORREGIDORA # 35, COL. CENTRO, C.P. 06060, CUAUHTÉMOC, CDMX.
TEL: 55 5522 5031 / 5522 4861

COAHUILA **SUCURSAL TORREÓN**
CALLE METAL MECÁNICA #280, PARQUE INDUSTRIAL ORIENTE, C.P. 27278, TORREÓN, COAH.
TEL.: 871 209 68 23

COLIMA **BOMBAS Y MOTORES BYMTESA DE MANZANILLO**
BLVD. MIGUEL DE LA MADRID #190, COL. 16 DE SEPTIEMBRE, C.P. 28239, MANZANILLO, COL.
TEL.: 314 332 1986 / 332 8013

DURANGO **TORNILLOS ÁGUILA, S.A. DE C.V.**
MAZURIO #200, COL. LUIS ECHEVERRÍA, DURANGO, DGO.TEL.: 618 817 1946 / 618 818 2844

ESTADO DE MÉXICO **SUCURSAL CENTRO JILOTEPEC**
PARQUE INDUSTRIAL # 1, COL. PARQUE INDUSTRIAL JILOTEPEC, JILOTEPEC, EDO. DE MÉX. C.P. 54257
TEL: 761 782 9101 EXT. 5728 Y 5102

GUANAJUATO **CÍA. FERRETERA NUEVO MUNDO S.A. DE C.V.**
AV. MÉXICO - JAPÓN #225, CD. INDUSTRIAL, C.P. 38010, CELAYA, GTO. TEL.: 461 617 7578 / 79 / 80 / 88

GUERRERO **CENTRO DE SERVICIO ECLIPSE**
CALLE PRINCIPAL MZ.1 LT. 1, COL. SANTA FE, C.P. 39010, CHILPANCINGO, GRO. TEL.: 747 478 5793

HIDALGO **FERREPRECIOS S.A. DE C.V.**
LIBERTAD ORIENTE #304 LOCAL 30, INTERIOR DE PASAJE ROBLEDO, COL. CENTRO, C.P. 43600, TULANCINGO, HGO. TEL.: 775 753 6615 / 775 753 6616

JALISCO **SUCURSAL GUADALAJARA**
AV. ADOLFO B. HORN # 6800, COL: SANTA CRUZ DEL VALLE, C.P.: 45655, TLAJOMULCO DE ZUÑIGA, JAL.
TEL.: 33 3606 5285 AL 90

MICHOACÁN **FIX FERRETERÍAS**
AV. PASEO DE LA REPÚBLICA #3140-A, COL. EX-HACIENDA DE LA HUERTA, C.P. 58050, MORELIA, MICH. TEL.: 443 334 6858

MORELOS **FIX FERRETERÍAS**
CAPITÁN ANZURES #95, ESQ. JOSÉ PERDIZ, COL. CENTRO, C.P. 62740, CUAUTLA, MOR.
TEL.: 735 352 8931

NAYARIT **HERRAMIENTAS DE TEPIC**
MAZATLAN #117, COL. CENTRO, C.P. 63000, TEPIC, NAY.
TEL.: 311 258 0540

NUEVO LEÓN **SUCURSAL MONTERREY**
CARRETERA LAREDO #300, 1B MONTERREY PARKS, COLONIA PUERTA DE ANÁHUAC, C.P. 66052, ESCOBEDO, NUEVO LEÓN, TEL.: 81 8352 8791 / 81 8352 8790

OAXACA **FIX FERRETERÍAS**
AV. 20 DE NOVIEMBRE #910, COL. CENTRO, C.P. 68300, TUXTEPEC, OAX. TEL.: 287 106 3092

PUEBLA **SUCURSAL PUEBLA**
AV PERIFÉRICO #2-A, SAN LORENZO ALMECATLA, C.P. 72710, CUAUTLACINGO, PUE.
TEL.: 222 282 8282 / 84 / 85 / 86

QUERÉTARO **ARU HERRAMIENTAS S.A DE C.V.**
AV. PUERTO DE VERACRUZ #110, COL. RANCHO DE ENMEDIO, C.P. 76842, SAN JUAN DEL RÍO, QRO.
TEL.: 427 268 4544

QUINTANA ROO **FIX FERRETERÍAS**
CARRETERA FEDERAL MZ. 46 LT. 3 LOCAL 2, COL EJIDAL, C.P. 77710 PLAYA DEL CARMEN, Q.R.
TEL.: 984 267 3140

SAN LUIS POTOSÍ **FIX FERRETERÍAS**
AV. UNIVERSIDAD #1850, COL. EL PASEO, C.P. 78320, SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. TEL.: 444 822 4341

SINALOA **SUCURSAL CULIACÁN**
AV. JESÚS KUMATE SUR #4301, COL. HACIENDA DE LA MORA, C.P. 80143, CULIACÁN, SIN.
TEL.: 667 173 9139 / 173 8400

SONORA **FIX FERRETERÍAS**
CALLE 5 DE FEBRERO #517, SUR LT. 25 MZ. 10, COL. CENTRO, C.P. 85000, CD. OBREGÓN, SON.
TEL.: 644 413 2392

TABASCO **SUCURSAL VILLAHERMOSA**
CALLE HELIO LOTES 1, 2 Y 3 MZ. #1, COL. INDUSTRIAL, 2A ETAPA, C.P. 86010, VILLAHERMOSA, TAB.
TEL.: 993 353 7244

TAMAULIPAS **VM ORINGS Y REFACCIONES**
CALLE ROSITA #527 ENTRE 20 DE NOVIEMBRE Y GRAL. RODRÍGUEZ, FRACC. REYNOSA, C.P. 88780, REYNOSA, TAMS. TEL.: 899 926 7552

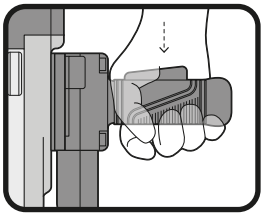
TLAXCALA **SERVICIOS Y HERRAMIENTAS INDUSTRIALES**
PABLO SIDAR #132, COL . BARRIO DE SAN BARTOLOMÉ, C.P. 90970, SAN PABLO DEL MONTE, TLAX.
TEL.: 222 271 7502

VERACRUZ **LA CASA DISTRIBUIDORA TRUPER**
BLVD. PRIMAVERA. ESQ. HORTENSIA S/N, COL. PRIMAVERA C.P. 93308, POZA RICA, VER.
TEL.: 782 823 8100 / 826 8484

YUCATÁN **SUCURSAL MÉRIDA**
CALLE 33 #600 Y 602, LOCALIDAD ITZINCAB Y MULSAY, MPIO. UMÁN, C.P. 97390, MÉRIDA, YUC.
TEL.: 999 912 2451

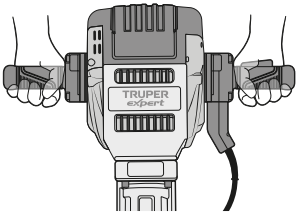
# Start up

## ON AND OFF



• Press and hold the switch to start the hammer demolition.
• To stop the use, release the switch.

# Operation




• Hold the tool firmly with both hands.
• Turn it on and apply light pressure to it to prevent kickback.
• Over-pressing with the tool will not improve efficiency.

# Maintenance

## Cleaning and care

• Clean the machine with a soft cloth, moistened with soap and water, preferably after each use.
• Always keep the vents clean and unobstructed to ensure proper engine cooling.
• Regularly inspect all mounting screws and make sure they are properly tightened. If any of the screws are loose, tighten them immediately.

## Carbon brush replacement

• The carbon brushes must be checked periodically, and always replaced by a TRUPER® Authorized Service Center when they have worn out.
• After they have been replaced, ask for them to inspect if the new carbon brushes can move freely in the carbon holder and ask them to turn the tool on for 5 minutes to match the contact of the brushes and the switch.
• Only TRUPER® original spare carbon brushes should be used, specifically designed with the right hardness and electrical resistance for each type of motor. Out-of-spec coals can damage the engine.
• When changing carbon brushes always replace both coals.

## Lubrication

It is recommended that the tool transmission be lubricated every time the carbons are changed at an TRUPER® Authorized Service Center.
Bring or send the tool to a TRUPER service center within two to six months, depending on the level of use, for a thorough cleaning and inspection. This lubrication should only be done by service technicians trained in the repair of power tools, such as those found at TRUPER.
Tools that are constantly used in production or heavy tasks or that are exposed to heat may require more frequent lubrication. Tools that are not used for long periods of time should be re-lubricated before being used again.

## Service

• Servicing of the tools must be performed only at a TRUPER® Authorized Service Center. Service and maintenance by unqualified persons can be dangerous and can cause personal injury in addition to invalidating the product warranty.

# Preparation

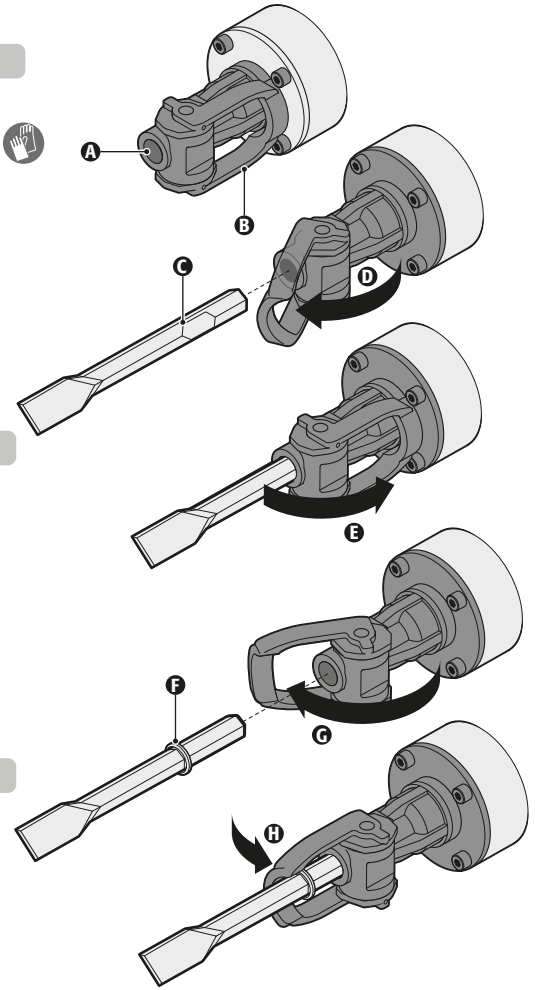
## Chisels/accessories installation

**⚠ CAUTION** To prevent accidents, confirm that the switch is off and disconnect the plug from the power supply.

**⚠ WARNING** Wear gloves whenever you change accessories. They can become extremely hot during the operation.

• Clean the accessories shanks and apply grease from the included tubes before mounting them on the tool fastener (**A**).

• The attachments are secured in the tool chuck by the retaining lever (**B**). The position of the lever depends on the type of shank of the fixture being used, usually slotted or ring.




## Accessories with ring (C)

• Move the retention lever to the bottom of the fastener without reaching the tool axis, as shown in the image (**D**).

• Insert the accessory into the fastener; ensure that the attachment slot is parallel to the retention lever.

• Return the lever to its original position to lock the attachment (**E**).

• Pull the bit to confirm that it is fully secured.

• To remove the accessory, move the lever to the tip of the drill chuck and remove the accessory.

## Accessories with ring (F)

• Move the retention lever towards the bottom of the fastener until it exceeds the axis of the tool, as shown in the image (**G**).

• Insert the accessory into the fastener.

• Return the lever toward the accessory to lock it (**H**).

• Make sure the ring is inside the retaining lever.

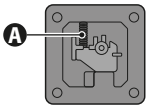
• Pull the bit to confirm that it is fully secured.

• To remove the accessory, pull the lever and remove the accessory.

TRUPER
expert

Verify that the following parts are included:
- Anti-slip handle.
- 4 Hex head screws
- 1 Hex wrench
- 4 Caps for hex head screws

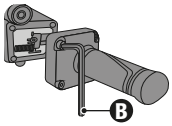
**⚠ CAUTION** Before starting with the assembly ,verify that the vibration control spring is correctly assembled; take the image (**A**) as a reference.



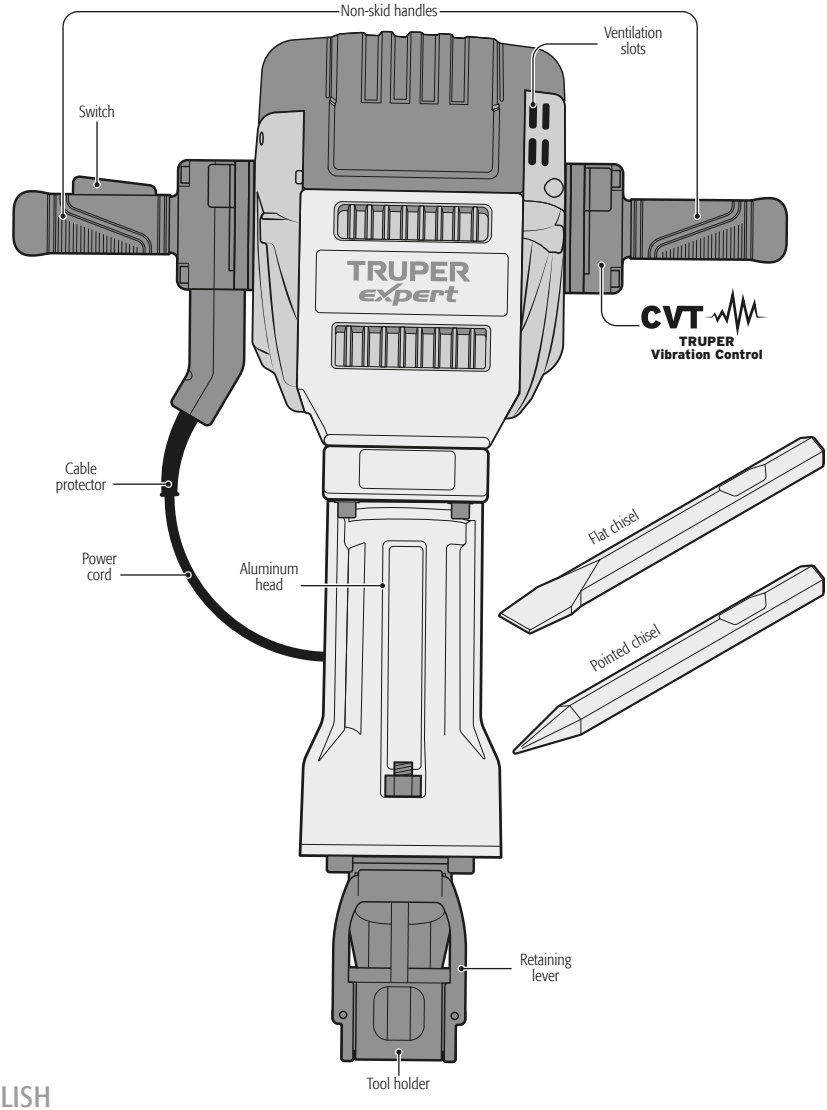

# Anti-slip mounting

Once the accessories are confirmed and the vibration control spring assembled, proceed to fix the anti-slip handle to the demolition hammer.

Match the 4 holes on the periphery of the non-slip handle with the fixing holes on the demolition hammer, place and tighten the screws with the help of the included hex wrench (**B**). Finally, place the screw caps.




# Parts



# Safety warnings for the use of demolition hammers

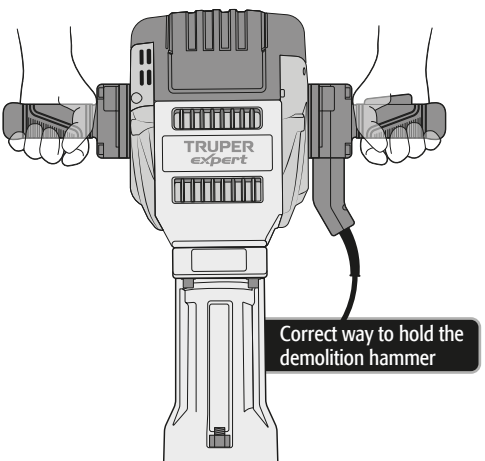
TRUPER expert

## Choose the appropriate drill or attachment

**⚠ CAUTION** • The tool is designed to work with bits or accessories with 1 1/8" HEX shanks. Choose the appropriate one for the material to be worked on, this reduces the risk of serious injury and speeds up the work.
• Do not attempt to use bits that exceed the capacity of the drill.
• Use well-sharpened and well-conditioned drill bits/accessories to optimize the work.

## Before operating the demolition hammer

• Take your time to evaluate the work to be done and make sure you have followed all the necessary precautions before starting to drill.
**⚠ WARNING** • Fit the accessory correctly to the chuck, otherwise it can be thrown out at high speed and cause serious injury.
**⚠ DANGER** • Before hitting a wall, floor or ceiling, make sure there are no embedded objects, such as wires or electrical conduits or pipes.
**⚠ DANGER** • Make sure the switch is off (page 8 Start-up) before connecting the tool, otherwise it will start working unexpectedly, which can cause serious injury.
**⚠ CAUTION** • Turn off and disconnect the tool before installing or replacing an accessory.
**⚠ WARNING** • This electric tool produces an electromagnetic field during its operation that could interfere with medical implants. To reduce the risk of serious or fatal injury, it is recommended that people with medical implants consult their physician and the manufacturer of the implant before operating the tool.



Correct way to hold the demolition hammer

## While operating the demolition hammer

**⚠ CAUTION** • **Hold the tool by its handle and by the auxiliary handle.** Remember that loss of control can cause personal injury.
• **Hold the tool by its insulating surfaces, especially when performing work where the cutting portion of the drill may contact hidden wiring or the tool's own power cord.** Contact with a live wire also makes the metal parts of the tool live and can cause an electric shock to the operator.
• Do not subject the tool to excessive stress.
**⚠ CAUTION** • If the drill bit gets stuck in the workpiece, turn off the demolition hammer immediately. Then remove the drill bit from the workpiece. Do not attempt to remove jammed bits by turning the tool on and off.
• Do not put too much pressure on the tool to speed up the drilling. Otherwise, the drill bit will be damaged and the efficiency of the tool will decrease as well as its life span.
**⚠ WARNING** • The larger the chisel area, the greater the reactive force, which can lead to a loss of control of the tool. To avoid this possibility, hold the tool firmly with both hands and maintain a balanced position on both feet while drilling at 90°.
• Be careful and ready to relax the force as soon as the drill bit penetrates the material. Sudden movements can cause accidents.
**⚠ CAUTION** • Do not touch the chisel or drill holes immediately after drilling. Wait for them to cool down before handling them. Do not try to cool them with water or oil.
• Avoid placing the tool in a place with particles and/or dust immediately after use, these can be absorbed into the tool mechanism and thus damage it.
• Use headset protectors, when running services that make noise above 85 dB. Exposure to noise can cause hearing loss.
• Use a dust mask and dust extraction equipment if necessary. Remember that working with materials such as asbestos, lead paint, additives, some types of wood, metals, or minerals is highly toxic.
• Wear safety goggles.

# General power tool safety warnings

**⚠WARNING! Read carefully all safety warnings and instructions listed below.** Failure to comply with any of these warnings may result in electric shock, fire and / or severe damage. **Save all warnings and instructions for future references.**

## Work area

**Keep your work area clean, and well lit.**
Cluttered and dark areas may cause accidents.

**Never use the tool in explosive atmospheres, such as in the presence of flammable liquids, gases or dust.**
Sparks generated by power tools may ignite the flammable material.

**Keep children and bystanders at a safe distance while operating the tool.**
Distractions may cause loosing control.

## Electrical Safety

**The tool plug must match the power outlet. Never modify the plug in any way. Do not use any adapter plugs with grounded power tools.**
Modified plugs and different power outlets increase the risk of electric shock.

**Avoid body contact with grounded surfaces, such as pipes, radiators, electric ranges and refrigerators.**
The risk of electric shock increases if your body is grounded.

**Do not expose the tool to rain or wet conditions.**
Water entering into the tool increases the risk of electric shock.

**Do not force the cord. Never use the cord to carry, lift or unplug the tool. Keep the cord away from heat, oil, sharp edges or moving parts.**
Damaged or entangled cords increase the risk of electric shock.

**When operating a tool outdoors, use an extension cord suitable for outdoor use.**
Using an adequate outdoor extension cord reduces the risk of electric shock.

**If operating the tool in a damp location cannot be avoided, use a ground fault circuit interrupter (GFCI) protected supply.**
Using a GFCI reduces the risk of electric shock.

## Personal safety

**Stay alert, watch what you are doing and use common sense when operating a tool. Do not use a power tool while you are tired or under the influence of drugs, alcohol or medication.**
A moment of distraction while operating the tool may result in personal injury.

**Use personal protective equipment. Always wear eye protection.**
Protective equipment such as safety glasses, anti-dust mask, non-skid shoes, hard hats and hearing protection used in the right conditions significantly reduce personal injury.



**Prevent unintentional starting up. Ensure the switch is in the "OFF" position before connecting into the power source and / or battery as well as when carrying the tool.**
Transporting power tools with the finger on the switch or connecting power tools with the switch in the "ON" position may cause accidents.

**Remove any wrench or vice before turning the power tool on.**
Wrenches or vices left attached to rotating parts of the tool may result in personal injury.

**Do not overreach. Keep proper footing and balance at all times.**
This enables a better control on the tool during unexpected situations.

**Dress properly. Do not wear loose clothing or jewelry. Keep hair, clothes and gloves away from the moving parts.**
Loose clothes or long hair may get caught in moving parts.

**If you have dust extraction and recollection devices connected onto the tool, inspect their connections and use them correctly.**
Using these devices reduce dust-related risks.

## Power Tools Use and Care

**Do not force the tool. Use the adequate tool for your application.**
The correct tool delivers a better and safer job at the rate for which it was designed.

**Do not use the tool if the switch is not working properly.**
Any power tool that cannot be turned ON or OFF is dangerous and should be repaired before operating.

**Disconnect the tool from the power source and / or battery before making any adjustments, changing accessories or storing.**
These measures reduce the risk of accidentally starting the tool.

**Store tools out of the reach of children. Do not allow persons that are not familiar with the tool or its instructions to operate the tool.**
Power tools are dangerous in the hands of untrained users.

**Service the tool. Check the mobile parts are not misaligned or stuck. There should not be broken parts or other conditions that may affect its operation. Repair any damage before using the tool.**
Most accidents are caused due to poor maintenance to the tools.

**Keep the cutting accessories sharp and clean.**
Cutting accessories in good working conditions are less likely to bind and are easier to control.

**Use the tool, components and accessories in accordance with these instructions and the projected way to use it for the type of tool when in adequate working conditions.**
Using the tool for applications different from those it was designed for, could result in a hazardous situation.

## Service

**Repair the tool in a TRUPER® Authorized Service Center using only identical spare parts.**
This will ensure that the safety of the power tool is maintained.

This tool is in compliance with the Official Mexican Standard (NOM - Norma Oficial Mexicana).

# Technical data

| | MADE-30NX | | |
|---|---|---|---|
| Code | 100894 | | |
| Description | 30 kg Demolition hammer | | |
| Voltage | 127 V~ | | |
| Frequency | 60 Hz | | |
| Current | 15 A | | |
| Power | 2 000 W | Impact energy | 62 Joules |
| Weight | 30 kg | | |
| Tool holder | HEX 1 1/8" | | |
| Work cycle | 50 min work per 20 min rest. Maximum 6 hours per day | | |
| Conductors | 16 AWG x 2C with insulation temperature of 221 °F | | |
| Insulation | Clase II | IP Grade | IP20 |

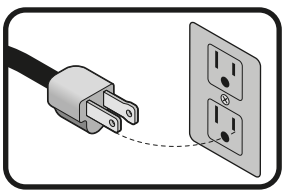
Power Cord Grips used in this product: Type "Y".
Tool Build Quality: Reinforced insulation
Thermal insulation on motor winding: Class E

**⚠ WARNING** Avoid the risk of electric shock or severe injury. When the power cable gets damaged it should only be replaced by the manufacturer or at a TRUPER® Authorized Service Center. The build quality of the electric insulation is altered if spills or liquid gets into the tool while in use. Do not expose to rain, liquids and/or dampness.

**⚠ WARNING** Before gaining access to the terminals all power sources should be disconnected.

# Power requirements

**⚠ WARNING** Tools with double insulation and reinforced insulation are equipped with a polarized plug (one prong is wider than the other). This plug will only fit in the right way into a polarized outlet. If the plug cannot be introduced into the outlet, reverse the plug. If it still doesn't fit, call a qualified electrician to install for you a polarized outlet. Do not alter the plug in any way. Both insulation types eliminate the need of both a grounded third power cord with three prongs or a grounded power connection.



**⚠ WARNING** When using an extension cable, verify the gauge is enough for the power that your product needs. A lower gauge cable will cause voltage drop in the line, resulting in power loss and overheating. The following table shows the right size to use depending on cable's length and the ampere capability shown in the tool's nameplate. When in doubt use the next higher gauge.

| Ampere Capacity | Number of Conductors | Extension gauge from 6' to 49' | Extension gauge higher than 49' |
|---|---|---|---|
| from 0 A and up to 10 A | 3 (one grounded) | 18 AWG(*) | 16 AWG |
| from 10 A and up to 13 A | | 16 AWG | 14 AWG |
| from 13 A and up to 15 A | | 14 AWG | 12 AWG |
| from 15 A and up to 20 A | | 8 AWG | 6 AWG |

* It is safe to use only if the extensions have a built-in artifact for over current protection.

AWG = American Wire Gauge. Reference: NMX-J-195-ANCE

**⚠ WARNING** When operating power tools outdoors, use a VOLTECK® grounded extension cable labeled "For Outdoors Use". These extensions are especially designed for operating outdoors and reduce the risk of electric shock.

TRUPER
expert

# Contents


Technical data ..... 3

Power requirements ..... 3

General power tool safety warnings ..... 4

Safety warnings for the use of demolition hammers ..... 5

Anti-slip mounting ..... 6

Parts ..... 6

Preparation ..... 7

Operation ..... 8

Start up ..... 8

Maintenance ..... 8

Authorized service centers ..... 9

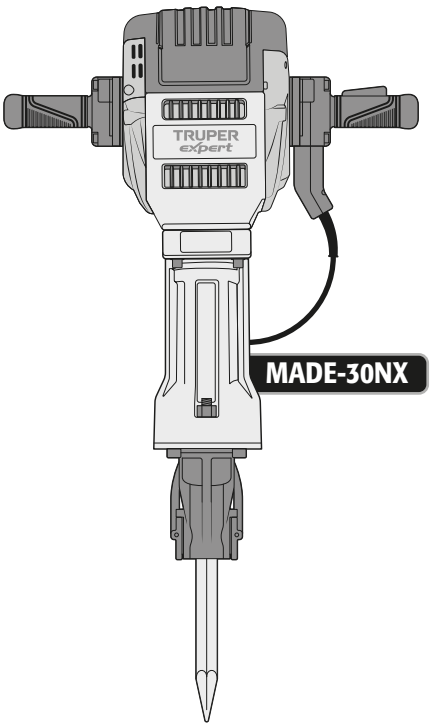
Warranty policy ..... 10


## ⚠ CAUTION

**To gain the best performance of the tool, prolong the duty life, make the Warranty valid if necessary, and to avoid hazards of fatal injuries please read and understand this Manual before using the tool.**

Keep this manual for future references.

The illustrations in this manual are for reference only. They might be different from the real tool.

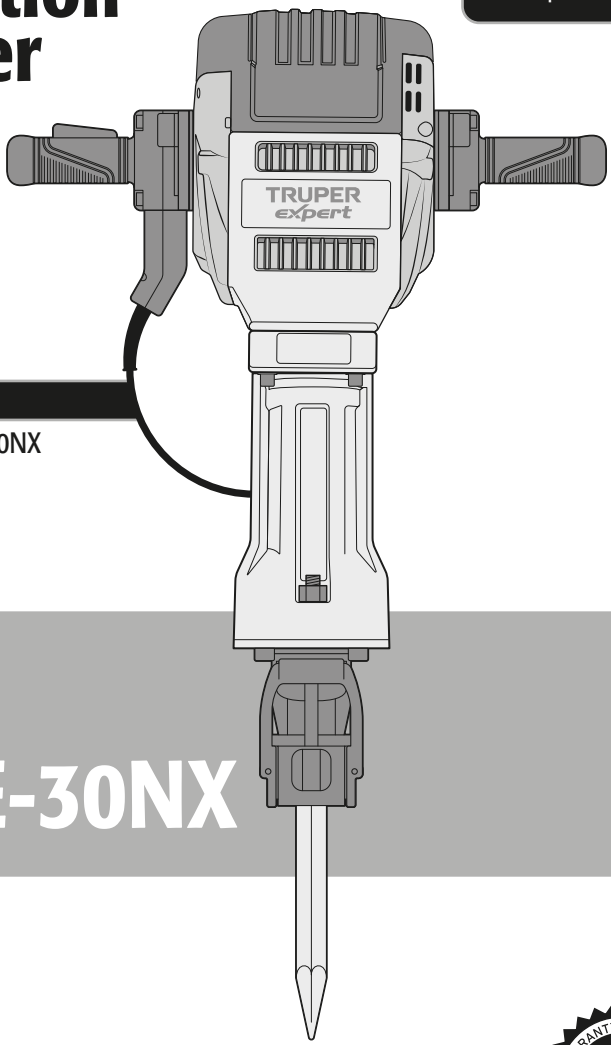


ENGLISH
ESPAÑOL

TRUPER
expert

# 30 kg Demolition Hammer

**62 J**
Impact energy




Applies for:

| Code | Model |
|---|---|
| 100894 | MADE-30NX |

# MADE-30NX

**CAUTION** Read this manual thoroughly before using the tool.

WARRANTY · GARANTÍA
5 year
UNCONDITIONAL
INCONDICIONAL




## FICHA TÉCNICA

Mezclador De Concreto A Gasolina. Motor Honda Gx270 6.6Kw(9Hp). Capacidad 350L (1 1/2 Sacos ) Concretera Trompo




**CÓDIGO:**
**TCM35021**

| | |
|---|---|
| ***Nombre:** Mezclador de concreto a gasolina | **Acabado:** Pintado |
| **Advertencia:** Solo después de leer el manual de operación y siguiendo todas las instrucciones, puede operar la herramienta de forma segura. | **Cantidad x Empaque:** 1 |
| **Capacidad Tanque:** 350L (1-1/2 sacos ) aproximado 60 kg | **Características:** Anillo de engranaje de fundición de hierro especial. Marco plegable para fácil almacenamiento y transporte. |
| **Características 2:** Gran diámetro del tambor para excelentes resultados de mezcla. | **Características 3:** Eje de transmisión colocado sobre rodamiento sellado. Industrial, Motor de gasolina |
| **Certificaciones:** CE | **Código de producto:** TCM35021 |
| **Color:** Turquesa | **Embalaje de provedor:** MASTER PACK 1 UNID/CAJA PEQ. 1 UNID |
| **Garantía:** 6 meses | **Marca:** TOTAL TOOLS |
| **Marca de Motor:** Honda GX270 | **Material:** Metal |
| **Peso (Kg):** 300 Kg | **Portátil:** Si |
| **Potencia:** 6.6Kw (9.0HP) | **Procedencia:** Importado |
| **Se vende por:** Unidad | **Usos:** Construcción |
| **Velocidad de Tambor:** 20/min | **Watts:** 6.6Kw |

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Mezclador De Concreto A Gasolina.
-Motor Honda Gx270 6.6Kw(9Hp).
-Capacidad 350L (1 1/2 Sacos )
-Concretera Trompo
-Diseño De Soporte Compacto
-Peso 300 Kg






ELITE®

*Keep Working*

# Manual de usuario

**Por favor lea cuidadosamente este manual, contiene información importante de seguridad.**




## Taladro de Impacto 1/2”

**ID600 / ID750 / ID800 / ID900 / ID1100**

ELITE®

*Keep Working*

Le damos las gracias por haber elegido este producto, este aparato le dará una plena satisfacción en sus trabajos de bricolaje.
Este TALADRO PRECURSOR es un producto fácil de usar y se entrega con accesorios. Esta moderna herramienta responde a estrictas normas de calidad y seguridad.
Para un uso óptimo, debe leer este manual obligatoriamente. Le proporcionará la información esencial sobre el funcionamiento del aparato y las reglas que deben seguirse para su mantenimiento. Su uso está destinado únicamente para uso doméstico y ocasional.

ELITE®

*Keep Working*

# CONTENIDO


**I.** Instrucciones de seguridad.....3
**II.** Nomenclatura.....9
**III.** Características técnicas.....9
**IV.** Instrucciones de uso.....10
**V.** Condiciones de uso.....13
**VI.** Cuidado y mantenimiento.....13
**VII.** Garantía.....14
**VIII.** Protección del medioambiente.....14

## I. INSTRUCCIONES GENERALES DE SEGURIDAD

**ADVERTENCIA! Lea todas las instrucciones.** Si no se siguen las instrucciones que se mencionan a continuación, se pueden provocar descargas eléctricas, incendios y/o lesiones graves.

El término ¨herramienta eléctrica¨ en todas las advertencias que se mencionan a continuación se refieren a sus principales herramientas eléctricas.

**GUARDE ESTAS INSTRUCCIONES**

**1) AREA DE TRABAJO**

a) **Mantenga limpia el área de trabajo y bien iluminada.** Las áreas desordenadas y oscuras pueden generar accidentes.

b) **No opere herramientas eléctricas en atmósferas explosivas, como en la presencia de líquidos inflamables, gases o polvo.** Las herramientas eléctricas crean chispas, las cuales pueden encender el polvo o vapores.

c) **Mantenga lejos a los niños y espectadores mientras esté operando la herramienta eléctrica.** Las distracciones pueden causarle la perdida del control.

**2) SEGURIDAD ELÉCTRICA**

a) **El enchufe de la herramienta eléctrica debe coincidir con la toma de corriente. Nunca modifique los enchufes por ningún motivo. No use ningún adaptador de enchufe con herramientas eléctricas con conexión a tierra.** Los enchufes sin modificar y las tomas de corriente compatibles, reducen el riesgo de descargas eléctricas.

b) **Evite el contacto del cuerpo con superficies que estén conectadas a la tierra tales como: tuberías, radiadores, estufas y refrigeradores.** Existe un incremento del riesgo de descargas eléctricas sí su cuerpo está conectado a la tierra.

c) **No exponga las herramientas eléctricas a la lluvia o a condiciones de humedad.** La entrada de agua a las herramientas eléctricas aumentan el riesgo de descargas eléctricas.

**No abuse del cable. Nunca use el cable para transportar, para tirar o desconectar la herramienta eléctrica.**

**d) Mantenga el cable alejado del calor, del aceite, bordes afilados o partes móviles.** Los cables enredados o dañados incrementan el riesgo de una descarga eléctrica.

e) **Cuando se opera una herramienta eléctrica al aire libre, use un cable de extensión apropiado para el uso al aire libre o al exterior.**El uso de un cable apropiado al aire libre reduce el riesgo de una descarga eléctrica.

f) **Si se opera la herramienta eléctrica en un lugar húmedo, es necesario utilizar un dispositivo de corriente residual (RCD) suministro protegido.** El uso de de un (RCD) reduce el riesgo de una descarga eléctrica.

**SEGURIDAD PERSONAL**

a) **Esté atento a lo que esté haciendo y use el sentido común cuando este operando la herramienta eléctrica. No utilice la herramienta eléctrica mientras esté cansado o bajo la influencia de drogas, alcohol o medicamentos.** Un momento de distracción mientras esté operando la herramienta eléctrica puede generar lesiones graves.

b) **Utilice un equipo de protección personal. Siempre use protección para los ojos.** El uso de equipo de protección tales como: mascaras para el polvo, zapatos de seguridad antideslizantes, cascos, equipos de protección auditiva, usados en las condiciones adecuadas reducirá las lesiones personales.

c) **Evitar el arranque imprevisto. Asegurarse de que el interruptor este en la posición apagado antes de conectarlo a la fuente de energía y/o la batería, levantar o transportar la herramienta.** Transportar la herramienta eléctrica con los dedos en el interruptor o energizar las herramientas eléctricas que tienen el interruptor encendido pueden causar accidentes.

d) **Eliminar cualquier llave de ajuste o llave inglesa antes de encender la herramienta eléctrica.** Dejar atada una llave en una parte giratoria de la herramienta eléctrica puede generar lesiones personales.

e) **No se estire o extralimite. Mantenga la postura y el equilibrio en todo momento.** Esto permite un mejor control sobre la herramienta eléctrica en situaciones inesperadas.

f) **Use ropa adecuada. No use ropa suelta ni joyas. Mantenga su cabello, ropa y guantes alejados de las partes móviles.** La ropa suelta, las joyas o el cabello largo pueden ser atrapados por las partes móviles.

g) **Sí se proporcionan dispositivos para la conexión de extracción y recolección de polvo, asegúrese que estén conectados y debidamente utilizados.** El uso de estos dispositivos puede reducir los peligros relacionados con el polvo.

**USO Y CUIDADO DE LA HERRAMIENTA ELECTRICA**

a) **No fuerce la herramienta eléctrica. Utilice la herramienta eléctrica correcta para su aplicación.** El uso de la herramienta eléctrica correcta hará mejor y mas seguro el trabajo a la velocidad para la cual fue diseñada.
b) **No use la herramienta eléctrica sí el interruptor no enciende ni apaga**. Cualquier herramienta eléctrica que no esté controlada con el interruptor es peligroso y debe ser reparada.
c) **Desconecte el enchufe de la fuente de alimentación y/o el paquete de batería de la herramienta eléctrica antes de realizar algo ajuste, cambio de accesorios o almacenamiento de herramientas eléctricas.** Tales medidas preventivas de seguridad reducen el riesgo de que la herramienta eléctrica funcione de forma accidental.
d) **Guarde la herramienta eléctrica fuera del alcance de los niños y no permita que las personas no familiarizadas con la herramienta eléctrica o con estas instrucciones operen la herramienta eléctrica.** Las herramientas eléctricas son peligrosas en manos de aquellas personas inexpertas.
e) **Mantenimiento de las herramientas eléctricas. Revise o compruebe la alineación de las partes móviles, la rotura de las partes y cualquier otra condición que pueda afectar la operación de la herramienta eléctrica. Sí la herramienta eléctrica está dañada entonces debe repararla antes de usarla**. Muchos accidentes son causados por el mantenimiento inadecuado de las herramientas eléctricas.
f) **Mantega las herramientas de corte afiladas y limpias.** El apropiado mantenimiento de las herramientas de corte con bordes de corte afilados, son menos propensas a estancarse y son fáciles de controlar.
g) **Utilice la herramienta eléctrica, accesorios y brocas de acuerdo con estas instrucciones, teniendo en cuenta las condiciones de trabajo y el trabajo o tarea a realizar.** El uso de la herramienta eléctrica para operaciones diferentes a las mencionadas, podría generar o dar lugar a situaciones peligrosas.

**SERVICIO**

Haga que su herramienta eléctrica sea atendida por una persona experta y que use únicamente las piezas de repuesto idénticas. Esto podría garantizar el mantenimiento de la herramienta eléctrica.

**6) Advertencias de seguridad del taladro.**

a) **Utilice protectores de oídos cuando realice la perforación.** La exposición al ruido puede causar perdida de audición.

b) **Utilice las manijas auxiliares sí vienen incluidas con la herramienta.** La perdida del control puede causar lesiones personales.

**c) Sujete la herramienta eléctrica por las superficies de agarre, cuando realice una operación donde los accesorios de corte puedan hacer contacto con cables ocultos o con su propio cordón.** Los accesorios de corte con un cable "vivo" pueden hacer contacto con las partes metálicas de la herramienta y podrían generar una descarga eléctrica en el operario.

**NOTA** La anterior advertencia aplica solo para taladros de impacto y debe ser omitida por taladros diferentes a taladros de impacto.

Estimado cliente
Gracias por comprar la herramienta eléctrica ELITE. Sí tiene alguna pregunta, vaguedad o segunda opinión a cerca de nuestros productos, le recomendamos ponerse en contacto con uno de nuestros expertos del departamento de ventas y servicio, quien le ayudará a encontrar una respuesta correcta a sus preguntas. Por favor constante nuestros distribuidores y vendedores locales directamente.

**Atención!**
**Mediante las malas condiciones de la red eléctrica, pueden aparecer caídas de voltaje cuando se inicie el equipo. Esto puede influir en otro equipo (Ej: parpadeo de una lámpara**

**SEGURIDAD**

Lea estas instrucciones antes de poner en funcionamiento la herramienta eléctrica. Estas instrucciones contienen información que le permitirá usar la herramienta eléctrica de una forma segura y así mismo a proteger a las personas que estén cerca a usted. Una copia de estas instrucciones debe permanecer con la herramienta de forma que se pueda hacer referencia a las instrucciones rápidamente en el momento de trabajar con la herramienta.
Otra copia de las instrucciones debe ser guardada propiamente.

* Por favor compruebe que la broca del taladro esté en el lugar correcto antes de utilizarlo.
* Asegúrese de que la broca del taladro no toque otras piezas de trabajo antes de operar o usar las herramientas.
* Es necesario el uso de una coleta para aquellos usuarios que tengan el cabello largo, no tocar las partes giratorias con los dedos o guantes cuando la herramienta esté funcionando con el fin de evitar enlazarse a la misma.
* Cuando se realice la perforación de una pared, tableros o partes similares, se debe evitar el uso de tuberías de gas, tuberías de agua y cable y evitar el contacto con partes de acero.
* Manténgase fuera del contacto de; los cables eléctricos y de las brocas de los taladros cuando esté usando las herramientas.
* No deje caer las herramientas giratorias. Apague la herramienta antes de soltarla.
* No toque el portabrocas u otras partes alrededor del portabrocas después de usar las herramientas debido a que están expuestas a una alta temperatura y pueden causar daños en su piel.
* Use el mismo cable de doble aislamiento en el momento de prolongar el cable eléctrico.

El equipo concuerda con el estándar de GB3883、GB4343、GB17625.
Nosotros declaramos bajo nuestra responsabilidad que el producto descrito bajo Información técnica cumple con todas las provisiones relevantes de las directivas 2006/42/EC y los siguientes estándares de documentos han sido usados: EN 60745-1; EN 60745-2-1.

**IMPORTANTE: Sujete la herramienta eléctrica por las superficies de agarre, cuando realice una operación donde los accesorios de corte puedan hacer contacto con cables ocultos o con su propio cordón.** Los accesorios de corte con un cable "vivo" pueden hacer contacto con las partes metálicas de la herramienta y podrían generar una descarga eléctrica en el operario.

**SIMBOLOS**

V: Voltios

Hz: Hertz

W: Vatios

: Alerta de seguridad

~ : Corriente eléctrica

CE:Conforme a normas CE

:Doble aislamiento


:Usar protección para los ojos


:Usar protección auditiva


:Usar mascara para el polvo

$n_o$:Velocidad en vacío

$min^{-1}$:Revoluciones o reciprocaciones por minuto

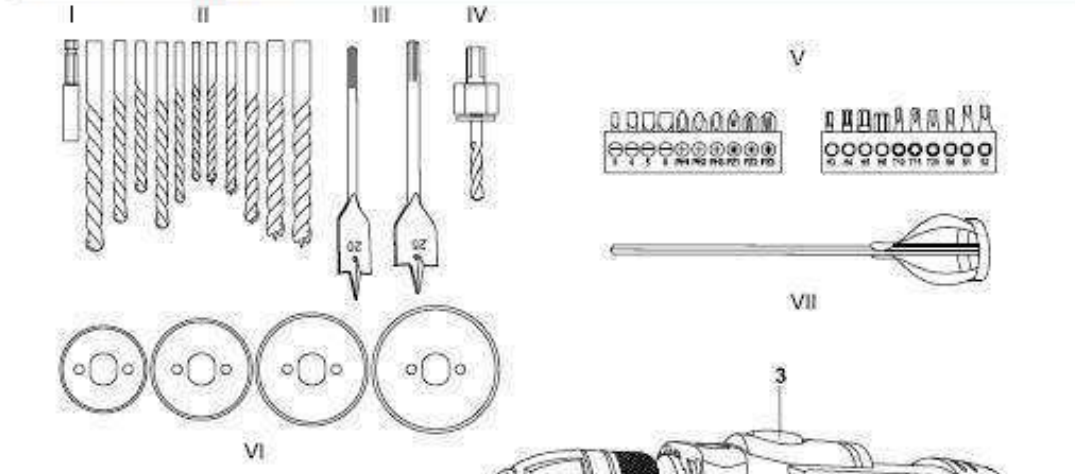


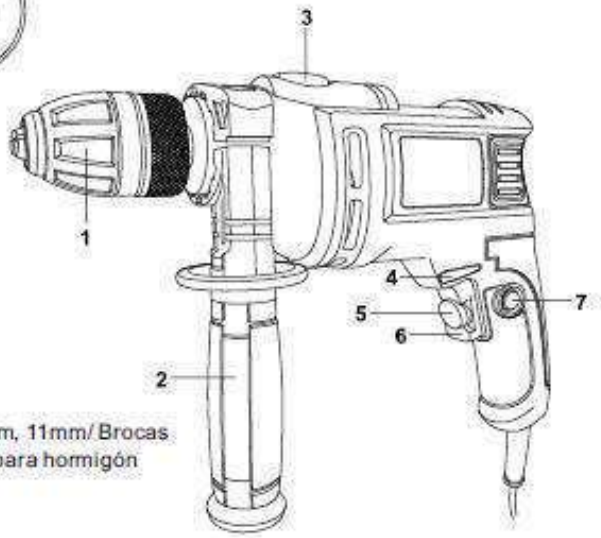
Por favor lea las instrucciones cuidadosamente antes de utilizar la máquina.



Los residuos de los productos eléctricos no deben ser desechados en las basuras domésticas. Por favor consulte consejos de reciclaje con su autoridad local.

## II. NOMENCLATURA




1. Mandril con llave
2. Mango auxiliar
3. Selector de perforación/percusión
4. Selector del sentido de rotación
5. Selector de velocidad variable
6. Gatillo
7. Botón de bloqueo

### *Accesorios*

I. Portabrocas magnético 60mm.
II. Brocas para madera 5mm, 6mm, 8mm, 10mm, 11mm/ Brocas para acero 6mm, 8mm, 10mm, 11mm/ Brocas para hormigón 5mm, 6mm, 8mm.
III. Brocas planas, 20mm, 25mm.
IV. Sierra de corona 6mm.
V. Puntas para tornillos con ranuras (SL)3,4,5,6 / Phillips (PH)1,2,3 / Pozidriv (PZ)1,2,37 Hexagonal (H)3,4,5,6 / Torx (T)10, 15, 20 /(S)0,1,2
VI. Sierra circular 44mm, 51mm, 57mm, 64mm
VII. Paleta de agitación de pintura 350 mm.

| *FICHA TÉCNICA* | ID600 | ID750 | ID800 | ID900 | ID1100 |
|---|---|---|---|---|---|
| Diámetro | 13mm | 13mm | 13mm | 13mm | 13mm |
| Potencia de Salida | 600W | 750W | 800W | 900W | 1100W |
| Velocidad libre de carga | 0 - 3,000 RPM | 0 - 3,200 RPM | 0 - 3,200 RPM | 0 - 3,000 RPM | 0 - 3,000 RPM |
| Peso | 1.7 Kg | 2.0 Kg | 2.1 Kg | 1.9 Kg | 1.9 Kg |
| Rango de impacto | 0 - 48,000 IPM | 0 - 48,000 IPM | 0 - 48,000 IPM | 0 - 45,000 IPM | 0 - 45,000 IPM |
| Corriente de Entrada | 110V - 60 Hz | 110V - 60 Hz | 110V - 60 Hz | 110V - 60 Hz | 110V - 60 Hz |
| USO PROFESIONAL PESADO | | | | | |

## NIVEL DE RUIDO Y VIBRACIONES

**En modo de cincelado:**
El nivel de presión acústica de esta herramienta es: $L_{pA}$ = 95dB(A), Incertidumbre K = 3dB(A).
El nivel de potencia acústica de esta herramienta es: $L_{wA}$ = 106dB(A), Incertidumbre K = 3dB(A).
El nivel de vibración de perforación en modo de percusión en hormigón $a_h$ = 10, 29m/s², Incertidumbre K = 1,5m/s².
El nivel de vibración en modo perforación en metal $a_h$ = 2.73m/s², Incertidumbre K = 1,5m/s².
El valor total de las vibraciones declarado, ha sido medido según la Norma EN60745 y puede ser utilizado para comparar dos herramientas. El valor total de las vibraciones declaradas puede ser utilizado también como evaluación previa del grado de exposición.

**ATENCIÓN: el valor de vibraciones generadas durante el uso del aparato puede variar del valor declarado según las circunstancias. Las medidas de seguridad para proteger al usuario se basan en una estimación de la exposición en unas condiciones de uso normal (teniendo en cuenta todos los ciclos por el que pasa el aparato, como los momentos en que está apagado, que funciona a ralentí y cuando está en funcionamiento).**

## IV. INSTRUCCIONES DE USO

**USO**
Este taladro percutor debe ser usado para taladrar metal, madera u otro material similar y en modo de perforación con percusión para el hormigón y material similar. Cualquier otro uso puede causar graves daños a la herramienta y representar una fuente de peligro para el usuario. Esta herramienta está diseñada para uso doméstico y ocasionalmente para uso profesional.

1. MONTAJE DE LA BROCA EN EL MANDRIL (Fig. 1)
Girar con la mano el mandril hacia la izquierda para abrir. Insertar la broca y girar el mandril hacia la derecha, aguantando al mismo tiempo el anillo situado detrás del este. El mandril está también equipado con un dispositivo de bloqueo que impide que la broca se escape durante el uso.

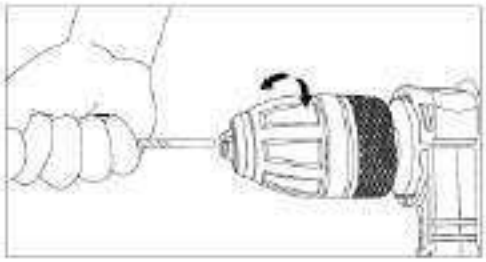


Fig. 1

2. INSTALACIÓN DEL MANGO AUXILIAR
Girando hacia la izquierda, aflojar el mango auxiliar e insertar el tope de profundidad a la profundidad deseada en el agujero del mango.
Deslizar el mango sobre el cabezal de la herramienta (Fig. 1).
Girar el mango hacia la derecha para bloquear y apretar firmemente (Fig. 2).
El tope de profundidad se utiliza para taladrar a una profundidad constante.
Nota: Utilizar el mango auxiliar tanto como sea posible para mantener el control y reducir el cansancio.

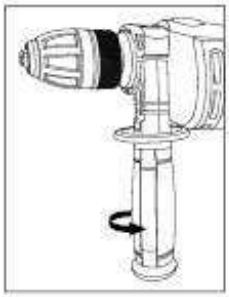


Fig. 2

3. PUESTA EN MARCHA Y PARADA (Fig. 4)
Poner en marcha la herramienta oprimiendo el gatillo. Soltar el gatillo para parar la herramienta. Si se presiona el botón de bloqueo a la vez que el gatillo la herramienta funcionará ininterrumpidamente. Este sistema es útil para trabajar ininterrumpidamente durante periodos más largos.
Para soltar el botón de bloqueo, oprimir y seguidamente soltar el gatillo.

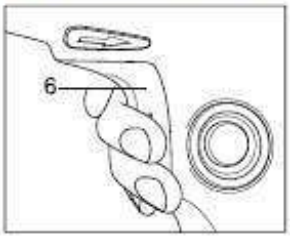



Fig. 4

4. AJUSTE DE LA VELOCIDAD (Fig. 5)
Esta herramienta tiene un selector de velocidad variable que otorga una velocidad más alta y un mayor par cuando aumenta la presión sobre el gatillo. La velocidad varía según la presión ejercida sobre el gatillo. Esta función es especialmente útil al inicio de la perforación. Esto permite también seleccionar la mejor velocidad para cada aplicación. Para limitar la velocidad máxima de la herramienta, girar la ruedecilla ubicada en el gatillo.

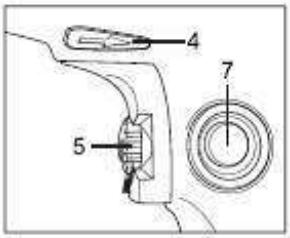



Fig. 5

5. SELECTOR DE FUNCIÓN (Fig. 6)
Si desea activar la función de la perforación (para perforación de metal, madera o plástico), poner el selector en la posición.
Si desear activar la función de perforación en percusión (para perforación de hormigón) poner el selector en la posición.

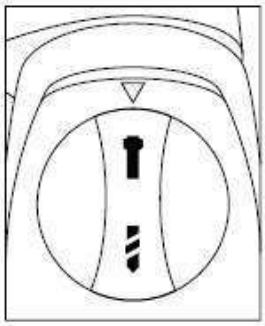


Fig. 6

6. SELECTOR DEL SENTIDO ROTACIÓN (Fig. 7)
El selector del sentido de rotación determina la dirección de rotación de la herramienta. Para seleccionar la rotación para adelante para las operaciones normales de la perforación, empujar el selector como se muestra (fig. 7).
Utilizar la rotación en sentido contrario únicamente para liberar una broca atascada.
Nota: Al cambiar la posición del selector, asegúrese de que el gatillo no está apretado y que el motor está apagado.

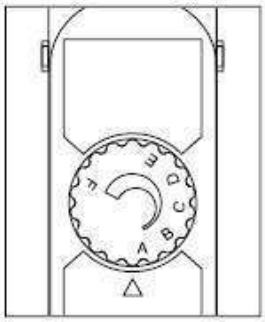



Fig. 7

## V. CONSEJOS PARA EL USO DEL TALADRO PERCUTOR

**1. Perforación del hormigón**
Colocar el selector en la posición "percusión", simbolizada por un martillo. Para perforar hormigón utilice brocas de carbono de tungsteno para una velocidad rápida.
**2. Perforación de metales**
Colocar el selector en la posición "perforación", simbolizada por una broca. Usar broca de acero rápido (HSS) para perforar a baja velocidad.
**3. Agujeros pilotos**
Cuando haga un orificio grande en un material muy duro (como por ejemplo el acero), le recomendamos que realice primero un pequeño agujero antes de perforar con una broca más grande.
**4. Perforación de baldosas**
Colocar el selector en la posición "perforación", simbolizada por una broca. Cuando haya penetrado en la baldosa, colocar el selector en la posición "percusión".
**5. Enfriamiento del motor**
Si la herramienta comienza a sobrecalentarse, ajustar la velocidad máxima y déjela funcionar inactivo durante 2 a 3 minutos para enfriar el motor.

## VI. CUIDADOS MANTENIMIENTO

Desconectar la herramienta de cualquier fuente de energía antes de realizar cualquier ajuste o mantenimiento. Su herramienta no requiere ningún mantenimiento especial o tipo de lubricación adicional. No hay ninguna parte que puede ser reemplazada por el usuario.
No utilizar nunca agua o detergente para limpiar su herramienta. Limpiar su herramienta con una bayeta suave, limpia y seca.
Guardar siempre la herramienta en un lugar seco. Mantener las ranuras de ventilación limpias y sin obstrucciones. Mantener los botones de control libres de polvo.
En ocasiones es posible que aparezcan arcos eléctricos a través de las ranuras de ventilación. Es completamente normal. Si el cable de alimentación está dañado, debe ser reemplazado por el fabricante, su servicio postventa o por una persona cualificada, para evitar peligros.

**GARANTÍA**

GARANTÍA COMPLETA DE 1 AÑO

Si este producto Elite falla debido a un defecto de material o de fabricación dentro del plazo de un año a partir de la fecha de compra, devuélvalo a cualquier tienda de distribución autorizada Elite, Centros de Servicio Elite u otro punto de venta Elite para que sea reparado gratuitamente (o reemplazado si la reparación resulta imposible).

Esta garantía se aplica solamente durante 90 días a partir de la fecha de compra, si este producto se utiliza alguna vez para fines comerciales o de alquiler. Esta garantía no incluye las bolsas ni los filtros, que son piezas perecederas que se pueden desgastar por causa del uso normal dentro del periodo de garantía. Esta garantía le confiere a usted derechos legales específicos y es posible que usted tenga también otros derechos que varían de un estado a otro.

**1 AÑO GARANTÍA** **1 YEAR WARRANTY**

## VIII. PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE



Este producto está marcado con el símbolo del reciclaje de los residuos eléctricos y electrónicos. Esto significa que este producto no debe mezclarse con la basura doméstica, sino depositados en un sistema de recogida selectiva que cumpla con la Directiva 2012/19/UE. Será o reciclado o desmantelado para reducir los impactos sobre el medioambiente, siendo los productos eléctricos y electrónicos productos potencialmente dañinos para el medioambiente y la salud humana debido a la presencia de sustancias peligrosas. Para obtener más información sobre el reciclaje, póngase en contacto con la autoridad local o regional.

ELITE®

*Keep Working*

**www.ELITETOOLS.co**

VEHÍCULO SEDAN BNY 464
ALQUILER INTERVECOP SAS

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCION

**No. 79738757**

NOMBRE

**MOISES ALFREDO TURBA AMORTEGUI**

FECHA DE NACIMIENTO

**03-08-1975**

SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**24-07-2024**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA**

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHÍCULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS. | 24-07-2034 | PARTICULAR |
| C1 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS. | 24-07-2027 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007680492

Servicios Integrales 60947.2.0-27 02/24

INTERVECOP

# CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULO

## C.A.V-007-2024

Entre **MOISES ALFREDO TURBA AMORTEGUI**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.738.757 expedida en Bogotá, con domicilio en la carrera 14 L número 73 C – 08 SUR. Quien en adelante se denominará **EL ARRENDADOR** y **LENNIN JOSÉ CUELLO CALDERON**, identificado con cédula de ciudadanía número 1.122.397.987 expedida en San Juan del Cesar, actuando en nombre y representación de la empresa **INTERVECOP SAS**, identificada con NIT 901.516.211-1, con domicilio en la carrera 6 número 62 – 50 Edificio Plaza de la castellana Oficina 314. Quien en adelante se denominará **EL ARRENDATARIO**, se celebra el presente contrato de arrendamiento de vehículo, sujeto a las siguientes condiciones:

1. **VEHÍCULO ARRENDADO** – El arrendador cede en arrendamiento al arrendatario el vehículo de marca CHEVROLET ZAFIRA, MODELO 2003, PLACAS BNY464, con el número de chasis 9BGTT75B03C166390, durante la ejecución del **CONTRATO DE OBRA No. 9174-2024, CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTREGRACIÓN SOCIAL Y INTERVECOP S.A.S, NIT. No. 901.516.211-1, CUYO OBJETO ES "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O**

REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO".

2. **PRECIO DEL ARRENDAMIENTO** – El precio del arrendamiento es de $2.250.000 mensual, pagaderos dentro de los cinco primeros días del cumplimiento de cada mes.

3. **CONDICIONES DE USO** – El arrendatario se compromete a:

- Utilizar el vehículo solo para fines contractuales.
- No subarrendar el vehículo sin la autorización previa del arrendador.
- No realizar modificaciones o reparaciones en el vehículo sin la autorización previa del arrendador.
- Mantener el vehículo en buen estado de conservación y limpieza.

4. **RESPONSABILIDAD** – El arrendatario será responsable de cualquier daño o pérdida del vehículo, incluyendo, pero no limitado a:

- Daños causados por accidentes o colisiones.
- Daños causados por la negligencia o el uso indebido del vehículo.
- Pérdida o robo del vehículo.

5. **SEGURO** – El arrendador proporcionará un seguro que cubra el vehículo contra daños o pérdida.

6. **TERMINACIÓN DEL CONTRATO** – El contrato podrá ser terminado por cualquiera de las partes con un preaviso de diez (10) días. En caso de que el arrendatario no cumpla con sus obligaciones, el arrendador podrá terminar el contrato de inmediato.

7. **DISPOSICIONES FINALES** – Este contrato constituye el acuerdo completo entre las partes y reemplaza cualquier acuerdo o entendimiento previo. Cualquier modificación o enmienda a este contrato deberá ser por escrito y firmada por ambas partes.

En testimonio de lo cual, las partes firman este contrato en la ciudad de Bogotá, a los 17 días del mes de diciembre de 2024.

El arrendador:

**MOISES ALFREDO TURBA AMORTEGUI**
C.C. 79.738.757

El arrendatario:

**LENNIN JOSE CUELLO CALDERON**
R/L INTERVECOP SAS
Nit: 901.516.211-1
Correo: intervecopsas@gmail.com

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014734408

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| BNY464 | CHEVROLET | ZAFIRA | 2003 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 2.000 | GRIS VIRGO | PARTICULAR |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| AUTOMOVIL | SEDAN | GASOLINA | 7 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| 1C0020097 | N | ****** |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| 9BGTT75B03C166390 | N | 9BGTT75B03C166390 | N |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| TURBA AMORTEGUI MOISES ALFREDO | C.C. 79738757 |

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
23870030890401

I/E
I

FECHA IMPORT.
07/02/2003

PUERTAS
5

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
02/07/2003

FECHA EXP. LIC. TTO.
26/09/2017

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
SDM - BOGOTA D.C.



LT06000811479

# SOAT

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

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO | MES | DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024 | 9 | 19 | 2024 | 9 | 20 | 2025 | 9 | 19 |

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 89178691 - 610246766 | BNY464 | VEH. PARTICULARES 6 O MAS PASAJEROS | PARTICULAR | 2000 | 2003 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 7 | CHEVROLET | SEDAN |

LÍNEA VEHÍCULO: ZAFIRA

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 1C0020097 | 9BGTT75B03C166390 | NA | 0,00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| MOISES TURBA AMORTEGUI | 3192506371 | CC | 79738757 | BOGOTA D.C. |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1317 | 14 | 13158 | 89178691 | 11001 |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 61 | $ 728.800 | $ 378.900 | $ 2.100 |

TOTAL A PAGAR

**$ 1.109.800**

FIRMA AUTORIZADA

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




¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?

Seguro Ter-cero



Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.
Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: www.segurotercero.com


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

*uerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier ento.*

*erde validar que su póliza está registrada en el RUNT.*

*tento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas nicas, la detención del vehiculo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los le la atención de las victimas del accidente.*

*a su SOAT en lugares autorizados.*

***le accidente de tránsito:***

*resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar te siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las victimas.*

*stador de servicios de salud del país puede negarse a atender victimas de accidentes de culo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia alud.*

*tos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución servicios de salud.*

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos**

•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

**Habeas data**

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales s recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales cuál puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/legal. Dentro de la Pol encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles relacionados a niños, niñas y adolescentes.

**Topes de cobertura gastos médicos**

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 9 Decreto 2644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2024.09.19 14:48:04 -05:00

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

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 178760158

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA MI CARRERA EXPRESS

**NIT:** 900755392

**No. de Certificado de Acreditación:** 16-OIN-038-001

**Fecha de expedición:** 2025/01/15

**Fecha de vencimiento:** 2026/01/15

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** BMY464

**CLASE:** AUTOMOVIL

**MARCA:** CHEVROLET

**MODELO:** 2022

**SERVICIO:** Particular

**COMBUSTIBLE:** GASOLINA

**CILINDRAJE:** 2000

**NRO. MOTOR:** 1C0020097

**NRO. CHASIS:** 9BGTT75B03C166390

**VIN:**

**LÍNEA:** ZAFIRA

**COLOR:** GRIS VIRGO

**NOMBRE PROPIETARIO:** MOISES A. TURBA A.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

CESAR AUGUSTO RIVERA GOMEZ

# VOLQUETA LLJ 090
# RECOLECCIÓN DE RESIDUOS RCD



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031139133

| PLACA | MARCA | LINEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| LLJ090 | DODGE | D 600 197 | 1971 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 5.916 | BLANCO AZUL | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| VOLQUETA | PLATON | DIESEL | 6000 |

| NÚMERO DE MOTOR | ACU | VIN |
|---|---|---|
| 467TA3U007900 | S | N315455 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| N315455LLJ090 | N | N315455 | S |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
HERNANDEZ CONTRERAS ANA MILENA

IDENTIFICACIÓN
C.C. 52695948



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******
POTENCIA HP: 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 13330
IE: I
FECHA IMPORT: 16/12/1971
PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

| FECHA MATRICULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 24/10/1975 | 16/02/2024 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO
STRIA DPTAL TTEYTTO CUND/CAJICA

LT07002983810

# SOAT

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

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

| FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO / MES / DÍA) | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA) | VIGENCIA HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|
| 2024 / 09 / 08 | 2024 / 09 / 10 | 2025 / 09 / 09 |

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1009012881502 | LLJ090 | VOLQUETA | PÚBLICO | 5916 | 1971 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | DODGE | 13 |

| LÍNEA VEHÍCULO |
|---|
| D 600 197 |

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 467TA3U007900 | N315455 | N315455 | 6 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| ANA MILENA HERNANDEZ CONTRERAS | 3143034568 | CC | 52695948 | BOGOTA D.C. |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 40864 | 1141 | 40864 | 1009012881502 | BOGOTA |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 320 | $919,000.00 | $477,800.00 | $2,100.00 |

TOTAL A PAGAR

**$1,398,900.00**

FIRMA AUTORIZADA

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

*Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
*Para las demás tarifas no citadas en (1).

**El SOAT digital**, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad**, también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



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

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

**En caso de accidente de tránsito:**

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

**Texto habeas data**

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, reclamos y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.914.309**

**SAENZ HURTADO**

APELLIDOS

**WILMER**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-1979**

**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.80** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

**21-AGO-1997 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00155261-M-0079914309-20090427 0011069293A 1 1140046962



REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 79914309

NOMBRE

WILMER SAENZ HURTADO

FECHA DE NACIMIENTO

28-05-1979

FECHA DE EXPEDI...

09-09-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

GRUPO SANGUINEO RH

A+

República de Colombia

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS | 09-09-2033 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 09-09-2028 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03006489087

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

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 176666442

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA AVENIDA SEXTA SAS

**NIT:** 900135773

**No. de Certificado de Acreditación:** 09-OIN-011-001

**Fecha de expedición:** 2024/10/20

**Fecha de vencimiento:** 2025/10/20

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** LLJ090

**CLASE:** VOLQUETA

**MARCA:** DODGE

**MODELO:** 1971

**SERVICIO:** Público

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 5916

**NRO. MOTOR:** 467TA3U007900

**NRO. CHASIS:** N315455

**VIN:** N315455

**LÍNEA:** D 600 197

**COLOR:** BLANCO AZUL

**NOMBRE PROPIETARIO:** ANA M. HERNANDEZ C.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

EDITH RANGEL ARIZA

CAMIÓN TDY 592
RECOLECCIÓN RESIDUOS RESPEL

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No. 80801831**

NOMBRE

**EFREDY CARDOZO CABEZAS**

FECHA DE NACIMIENTO

**08-02-1985**

GRUPO SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**06-05-2024**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA**

Powered by CamScanner

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHÍCULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 06-05-2034 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 06-05-2027 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007400138

Powered by CamScanner

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027704243

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| TDY592 | JAC | HFC 1035 K | 2012 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 2.771 | BLANCO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| CAMION | FURGON | DIESEL | 2300 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| B4023710 | N | LJ11KCAC3C6001049 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| LJ11KCAC3C6001049 | N | LJ11KCAC3C6001049 | N |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| VARGAS DURAN JOSE DOMINGO | C.C. 79429567 |

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
352011000175624

VE
I

FECHA IMPORT.
09/08/2011

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
19/12/2011

FECHA EXP. LIC. TTO.
15/11/2022

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYTTO ENVIGADO



Powered by CamScanner

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

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 172957716

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA REVISION MILENIO

**NIT:** 900255863

**No. de Certificado de Acreditación:** 11-OIN-009-001

**Fecha de expedición:** 2024/04/18

**Fecha de vencimiento:** 2025/04/18

## DATOS VEHÍCULO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PLACA:** | TDY592 | **CLASE:** | CAMION |
| **MARCA:** | JAC | **MODELO:** | 2012 |
| **SERVICIO:** | Público | **COMBUSTIBLE:** | DIESEL |
| **CILINDRAJE:** | 2771 | **NRO. MOTOR:** | B4023710 |
| **NRO. CHASIS:** | LJ11KCAC3C6001049 | **VIN:** | LJ11KCAC3C6001049 |
| **LÍNEA:** | HFC 1035 K | | |
| **COLOR:** | BLANCO | | |

**NOMBRE PROPIETARIO:** JOSE D. VARGAS D.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

NEBELMI OROZCO OROZCO

# SOAT

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

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

| FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO / MES / DÍA) | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA) | VIGENCIA HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|
| 2024 / 04 / 01 | 2024 / 04 / 02 | 2025 / 04 / 01 |

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 8901087428301 | TDY592 | CAMION | PÚBLICO | 2771 | 2012 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 0 | JAC | 2 |

LÍNEA VEHÍCULO: HFC 1035 K

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CARGA/TON. |
|---|---|---|---|
| B4023710 | LJ11KCAC3C6001049 | LJ11KCAC3C6001049 | 2.3 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| JOSE DOMINGO VARGAS DURAN | 3192764400 | CC | 79429567 | BOGOTA D.C. |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 44681 | 8901 | 44681 | 8901087428301 | BOGOTA |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 310 | $636,000.00 | $330,700.00 | $2,100.00 |

TOTAL A PAGAR: $968,800.00

FIRMA AUTORIZADA

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

*Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
*Para las demás tarifas no citadas en (1).

**El SOAT digital**, además de brindarle una **fácil portabilidad y usabilidad**, también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



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

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

**En caso de accidente de tránsito:**

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

**Texto habeas data**

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, reclamos y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

# CAMIÓN THL 518
# RECOLECCIÓN DE RESIDUOS RESPEL



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029727373

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| THL518 | JAC | HFC1063K | 2012 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 3.900 | BLANCO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/Psj |
|---|---|---|---|
| CAMION | ESTACAS | DIESEL | 5500 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| 87167318 | N | LJ11KDCD4C1000145 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| LJ11KDCD4C1000145 | N | LJ11KDCD4C1000145 | N |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| LEAL LOPEZ JIMMY ANDRES | C.C. 79762122 |

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
122

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
192011000027411

IE

FECHA IMPORT
05/05/2011

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******



FECHA MATRÍCULA
10/06/2011

FECHA EXP. LIC. TTO.
14/04/2016

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST DPTAL TTOYTTE META/RESTREPO

LT03001903811

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.015.411.712**

**LEAL LOPEZ**
APELLIDOS

**DIEGO EDUARDO**
NOMBRES

Diego Eduardo Leal L.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-1988**
**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**04-MAY-2007 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500112-47100803-M-1015411712-20070624 04811 07174B 02 235481511



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1015411712

DIEGO EDUARDO LEAL LOPEZ

14-02-1998

O+

27-07-2023

ANM -BOGOTA D.C.



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMIONETA, CAMPERO, CAMION HASTA 3.5 TON. | 27-07-2023 | RESTRICCIONES |
| C2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMIONETA, CAMPERO, CAMION MAYOR DE 3.5 TON. | 27-07-2023 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA REVALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0300297262

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

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 177821724

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA AVENIDA SEXTA SAS

**NIT:** 900135773

**No. de Certificado de Acreditación:** 09-OIN-011-001

**Fecha de expedición:** 2024/12/11

**Fecha de vencimiento:** 2025/12/11

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** THL518

**CLASE:** CAMION

**MARCA:** JAC

**MODELO:** 2012

**SERVICIO:** Público

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 3900

**NRO. MOTOR:** 87167318

**NRO. CHASIS:** LJ11KDCD4C1000145

**VIN:** LJ11KDCD4C1000145

**LÍNEA:** HFC1063K

**COLOR:** BLANCO

**NOMBRE PROPIETARIO:** JIMMY A. LEAL L.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

EDITH RANGEL ARIZA

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

# SOAT

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

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO | MES | DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024 | 11 | 25 | 2024 | 11 | 26 | 2025 | 11 | 25 |

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 89407747 - 610760438 | THL518 | CARGA O MIXTOS | PUBLICO | 3900 | 2012 |

| PASAJEROS | MARCA | | CARROCERÍA |
|---|---|---|---|
| 2 | JAC | | ESTACAS |
| | LÍNEA VEHÍCULO | HFC1063K | |

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 87167318 | LJ11KDCD4C1000145 | LJ11KDCD4C1000145 | 5,50 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| JIMMY LEAL | 3204056807 | CC | 79762122 | RESTREPO |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1317 | 14 | 80001522 | 89407747 | 11001 |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 32 | $ 919.000 | $ 477.800 | $ 2.100 |

TOTAL A PAGAR

**$ 1.398.900**

FIRMA AUTORIZADA

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



¿SABÍAS QUE CON NUESTRO SEGURO TER-CERO PUEDES COMPLEMENTAR LA PROTECCIÓN QUE TE DA EL SOAT?

Seguro Ter-cero



Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.

Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: www.segurotercero.com

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

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

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

•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

**En caso de accidente de tránsito:**

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

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

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos**

•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

**Habeas data**

Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales; la cual puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/legal. Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

**Topes de cobertura gastos médicos**

[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

[2] Para las demás tarifas no citadas en [illegible]

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2024.11.27 13:16:21 -05:00

seguros mundial®
tu compañía siempre



# Existimos porque **CREEMOS** *que tus sueños* deben ser una realidad

## SOLUCIONES CORPORATIVAS

- SOAT
- Accidentes Personales
- Conduce Tranquilo
- Arriendos
- Vida
- DisFruta Tranquilo
- Responsabilidad Civil Familiar
- Cumplimiento
- RCE Transporte Público dePasajeros
- Judiciales
- Crédito
- Ingenieria
- Patrimonio

Líneas de Atención al Cliente:

- Bogotá: **(+601)** 327 47 12/13
- Nacional: 018000 111 935

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

VIGILADO
COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

# CAMIÓN UPO 203
# ENTREGA DE MATERIALES CONSTRUCTIVOS




Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO: 19-JUL-1985

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

11-AGO-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00690385-M-0080750574-20150423 0043961966A 1 1303372283

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHÍCULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 21-10-2031 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 21-10-2024 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002370736

Powered by CamScanner

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10010010498

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| UPO203 | CHEVROLET | NPR | 2006 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 4.570 | ROJO DESTELLO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| CAMION | ESTACAS | DIESEL | 3410 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| 347907 | N | ****** |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| 9GDNPR7166B006061 | N | 9GDNPR7166B006061 | N |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| MULTIOBRAS SISTEMA DRYWAL LTDA | NIT 830103718 |

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
07229290050460

I/E
I

FECHA IMPORT
21/04/2006

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
18/05/2006

FECHA EXP. LIC. TTO.
30/07/2015

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRANSITO
STRIA TTEYMOV CUND/LA CALERA



LT01005966728

Powered by CamScanner

# SOAT

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR

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

| FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO / MES / DÍA) | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA) | VIGENCIA HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|
| 2024 05 24 | 2024 05 27 | 2025 05 26 |

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1500115162302 | UPO203 | CAMION | PÚBLICO | 4570 | 2006 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | CHEVROLET | 1 |

LÍNEA VEHÍCULO: NPR

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON |
|---|---|---|---|
| 347907 | 9GDNPR7166B006061 | 9GDNPR7166B006061 | 3.41 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S. | 3134662851 | NT | 830103718 | BOGOTA D.C. |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 40866 | 1141 | 40866 | 1500115162302 | BOGOTA |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 310 | $636,000.00 | $330,700.00 | $2,100.00 |

TOTAL A PAGAR: $968,800.00

FIRMA AUTORIZADA

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

[1] Para las siguientes tarifas: 320, 330, 120, 340, 350, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2668 de 2022.
[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

**El SOAT digital**, además de prestarte una **fácil portabilidad y usabilidad**, también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general **para todas las personas.**



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

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

**En caso de accidente de tránsito:**

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

**Texto habeas data**

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguro y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, reclamaciones y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."

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

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 173873906

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA INTECO S.A.S

**NIT:** 900117522

**No. de Certificado de Acreditación:** 11-OIN-050-001

**Fecha de expedición:** 2024/06/17

**Fecha de vencimiento:** 2025/06/17

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** UPO203

**CLASE:** CAMION

**MARCA:** CHEVROLET

**MODELO:** 2006

**SERVICIO:** Público

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 4570

**NRO. MOTOR:** 347907

**NRO. CHASIS:** 9GDNPR7166B006061

**VIN:**

**LÍNEA:** NPR

**COLOR:** ROJO DESTELLO

**NOMBRE PROPIETARIO:** MULTIOBRAS SISTEMA DRYWALL S.A.S.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

NUNO ANDRE PINTO HENRIQUES

# Anexo 11

# Condiciones Inseguras

Bogotá, 31 de enero de 2025

Señores:
**INTERVECOP S.A.S.**
Atn: Lennin José Cuello Calderón
Representante Legal
intervecopsas@gmail.com
Bogotá

**REFERENCIA:** CONTRATO DE OBRA No. 9174 DE 2024. "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO" – GRUPO 5

**ASUNTO:** Llamado de atención residente SST, Contratista de obra.

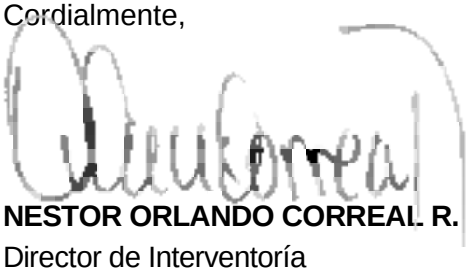
Respetado Ingeniero Cuello:

En cumplimiento de nuestras obligaciones, esta interventoría se permite realizar un llamado de atención a la residente SST del contratista de obra, puesto que el pasado 27 de enero de 2025 la interventoría realizo visita al frente de obra OASIS, donde se evidencio que el personal de obra dentro de las actividades de ejecución se estaba realizando actos inseguros, esto teniendo en cuenta que para las actividades en alturas se debe contar con andamios certificados y el equipo para trabajos en alturas, como se evidencia en las siguientes imágenes el personal no contaba con los equipos adecuados ni con la supervisión del personal SST de obra:



Dado lo anterior, se solicita a la residente SST de obra dar respuesta al presente comunicado informando las acciones correctivas a tomar para que la situación no se vuelva a presentar, puesto que esta incumpliendo con sus obligaciones.

Cordialmente,



**NESTOR ORLANDO CORREAL R.**
Director de Interventoría
NOGAALL S.A.S

Copia: Arq. Luis Felipe Peña – Apoyo Técnico a la Supervisión SDIS

CE-INTE-55

Montería, febrero 03 de 2025

Señores:
**JORGE HERNANDO BELTRAN CATATUMBA**
**Representante Legal NOGAALL S.A.S**
CALLE 59ABIS 05-53, OFICINA 704
Bogotá

**Referencia:** CONTRATO DE OBRA No. 9174-2024, CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTREGRACIÓN SOCIAL Y INTERVECOP S.A.S, NIT. No. 901.516.211-1, CUYO OBJETO ES "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO"

**Asunto:** Respuesta comunicado NG.9222-0061-24 Llamado de atención residente SST, Contratista de obra".

Cordial saludo

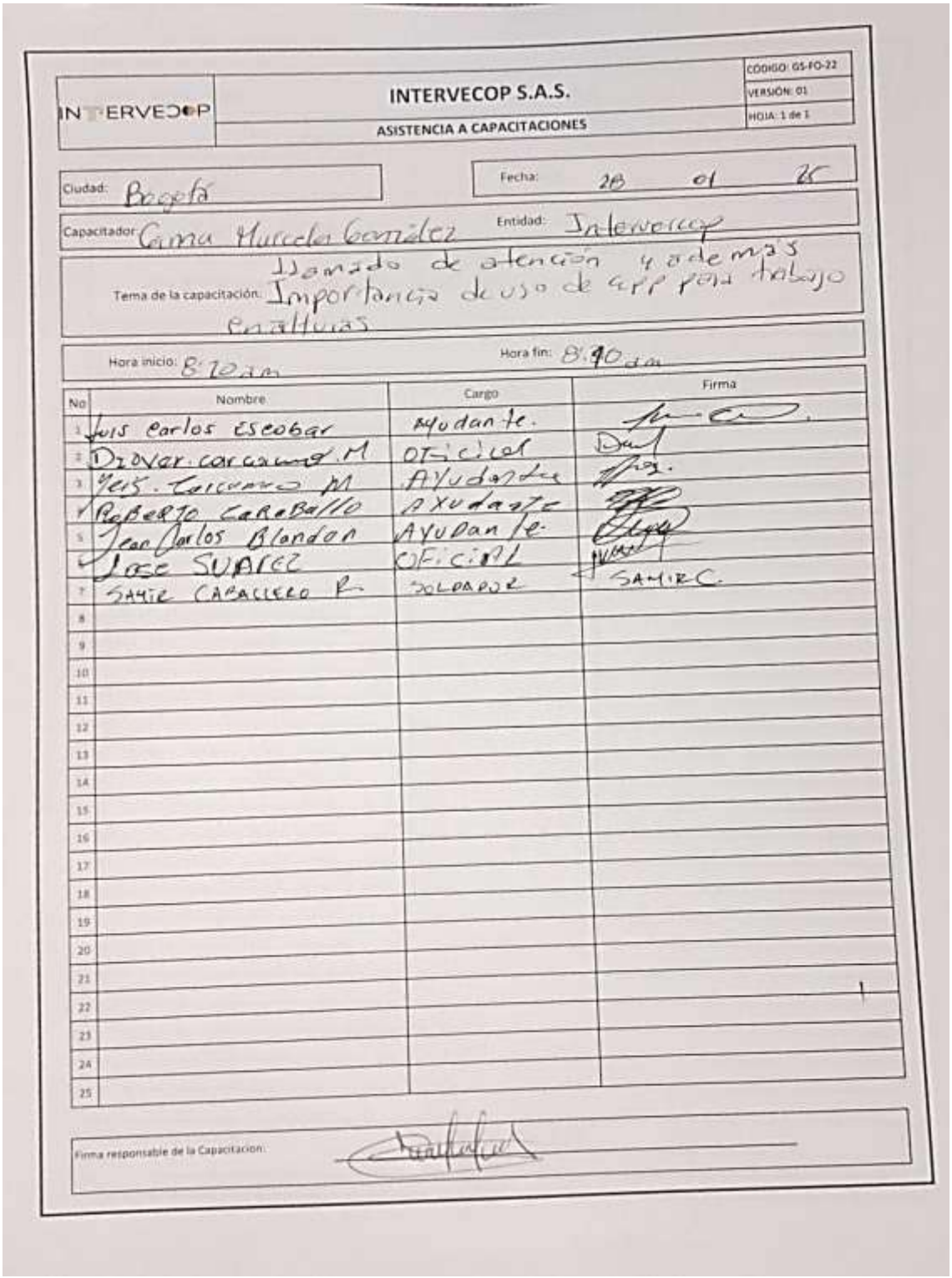
De acuerdo con el comunicado NG.9222-0061-24, Asunto "Llamado de atención residente SST, Contratista de obra". A continuación, se da respuesta a la solicitud.

Según registro fotográfico emitido en la solicitud se aprecia que se tomaron en el jardín Nueva Esperanza Olivares, por lo cual, se realiza la claridad que acto inseguro que se presentó con el personal trabajador no se presentó en el jardín Oasis como indica el comunicado.

Por otra parte, los trabajadores en el momento que se revisó las actividades comunicaron que iban a realizar actividades en piso y no en alturas, por lo cual ese día no se abrió registros de permisos en alturas.

Por parte del Área SST, se realizó un llamado de atención recordándoles a los trabajadores la importancia del uso de Los EPP , así mismo se les recordó que para realizar dicha actividad se debe contar con el área SST con el fin de revisar como realizar la actividad más segura, Apertura de ATS y permisos de trabajo para la actividad. A continuación, se anexa registro fotográfico de la actividad realiza con los trabajadores y las medias actuales que se realizan para dicha actividad.

**Ilustración 1:** Lista asistencia llamado de atención (2025-01-28)



INTERVECOP S.A.S.

ASISTENCIA A CAPACITACIONES

CÓDIGO: GS-FO-22 | VERSIÓN: 01 | HOJA: 1 de 1

Ciudad: Bogotá

Fecha: 28 01 25

Capacitador: Carmen Marcela Gonzalez Entidad: Intervecop

Tema de la capacitación: Llamado de atención y además importancia de uso de epp para trabajo en alturas

Hora inicio: 8:10 am Hora fin: 8:40 am

| No | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Luis Carlos Escobar | Ayudante. | |
| 2 | Drover Carranza M | Oficial | |
| 3 | Yeis. Taborda M | Ayudante | |
| 4 | Roberto Caraballo | Ayudante | |
| 5 | Jean Carlos Blandon | Ayudante. | |
| 6 | Jose SUAREZ | OFICIAL | SAMIR C. |
| 7 | SAMIR CABALLERO R. | SOLDADOR | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la Capacitacion:

**Ilustración 2:**Registro fotográfico llamado de atención.









**Ilustración 3:** Actividades adelantadas Jardín Nueva Esperanza








Atentamente,

**LENNIN JOSE CUELLO CALDERON**
REPRESENTANTE LEGAL

Elaborado por: "SLAG"
Revisó: "Daniel Nieves"

Bogotá, 13 de febrero de 2025

Señores:
**INTERVECOP S.A.S.**
Atn: Lennin José Cuello Calderón
Representante Legal
intervecopsas@gmail.com
Bogotá

**REFERENCIA:** CONTRATO DE OBRA No. 9174 DE 2024. "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO" – GRUPO 5

**ASUNTO:** Llamado de atención componente SST.

Respetado Ingeniero Cuello:

Por medio de la presente NOGAALL S.A.S., interventoría del Contrato de Obra No. 9174 de 2024, se permite realizar el primer llamado de atención desde el componente SST de la interventoría al contratista de obra, puesto que actualmente se está incumpliendo con la disponibilidad de los elementos de emergencia en cada sede donde están ejecutando labores, como son botiquín, camilla y extintor, de igual manera no se ha remitido a la interventoría la actualización del plan de emergencias de acuerdo a las sedes que están interviniendo y la socialización plan de emergencias en obra, a la interventoría y la entidad.

De igual forma, también nos permitimos solicitar el uso adecuado del equipo de alturas en actividades que se requieran para asegurar el personal, puesto que el frente de obra de San Blass el pasado lunes el personal se el contaba realizando actividades en alturas sin el equipo adecuado ni la supervisión del componente SST en obra.




Así mismo, esta interventoría solicita se remitan con anticipación las afiliaciones (arl, eps y pensión) del personal que realiza la actividad de disposición final de RCD en obra, puesto que el pasado 11 de febrero de 2025 se evidencio personal no avalado por la interventoría y si uso adecuado de epps en obra.



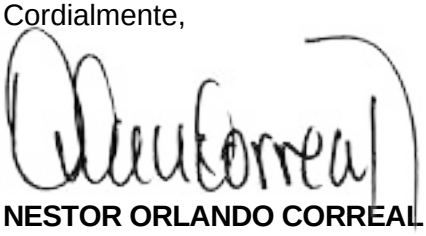

Así las cosas, se solicita al contratista dar cumplimiento a sus obligaciones establecidas en el contrato de obra 9174-2024 ***"CLÁUSULA TERCERA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: 3.1. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:***

> *… 10. Dar cumplimiento a sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, para lo cual deberá realizar los aportes a que se refiere la Ley 828 de 2003*

*modificado por el Decreto 126 de 2010, el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 modificado por el Decreto Ley 2106 de 2019, y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, en lo relacionado con los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, SENA (Fondo Para la industria de la Construcción – FIC), e ICBF cuando haya lugar a ello, de conformidad con las normas y reglamentos que rigen la materia . Este requisito deberá acreditarse para la realización de los pagos derivados del contrato y se debe reportar mensualmente para verificación y aprobación de la interventoría…"*

Dado lo anterior, se solicita dar respuesta y presentar el soporte de la debida gestión.

Cordialmente,



**NESTOR ORLANDO CORREAL R.**
Director de Interventoría
**NOGAALL S.A.S**

Anexo: N/A
Copia: Arq. Luis Felipe Peña – Apoyo Técnico a la Supervisión SDIS

CE-INTE-64

Montería, febrero 17 de 2025

Señores:
**JORGE HERNANDO BELTRAN CATATUMBA**
**Representante Legal NOGAALL S.A.S**
CALLE 59ABIS 05-53, OFICINA 704
Bogotá

**Referencia:** CONTRATO DE OBRA No. 9174-2024, CELEBRADO ENTRE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTREGRACIÓN SOCIAL Y INTERVECOP S.A.S, NIT. No. 901.516.211-1, CUYO OBJETO ES "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO"

**Asunto:** Respuesta del oficio ING 9222-0079-24 "Llamado de atención componente SST."

Respeta Ingeniero Correal

En atención al llamado de atención donde se indica un supuestos incumplimientos en la disponibilidad de los elementos de atención de emergencia como son botiquín, camilla y extintor en cada sede donde están ejecutando labores, se informa a su entidad que si se cuenta con estos elementos desde el primer día y se ha venido rotando en las sedes donde mas hay personal y/o donde se estén ejecutando trabajo de alto riesgo como es el caso de los cambio de cubiertas donde se realiza trabajos de soldadura de estructura, para ese caso se rotan los elementos de acuerdo de va terminando las actividades, como fueron las sedes de Jardín infantil samore, Jardín infantil Nueva Esperanza Olivares y actualmente en la sede de Jardín infantil Oasis, en la sede del ancianato Bello Horizonte y CDS San Blas , las entidades han ofrecido sus servicios en caso de ser necesarios. Referente al plan de emergencias , como se están adelantando actividades de mantenimiento en entidades que ya están constituidas, nuestros colaboradores se acogen al plan de emergencia del lugar donde adelantan las actividades. Se realiza una capacitación para que los trabajadores conozcan las salidas y a quien reportar en caso que se requiera una tención.

**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA**

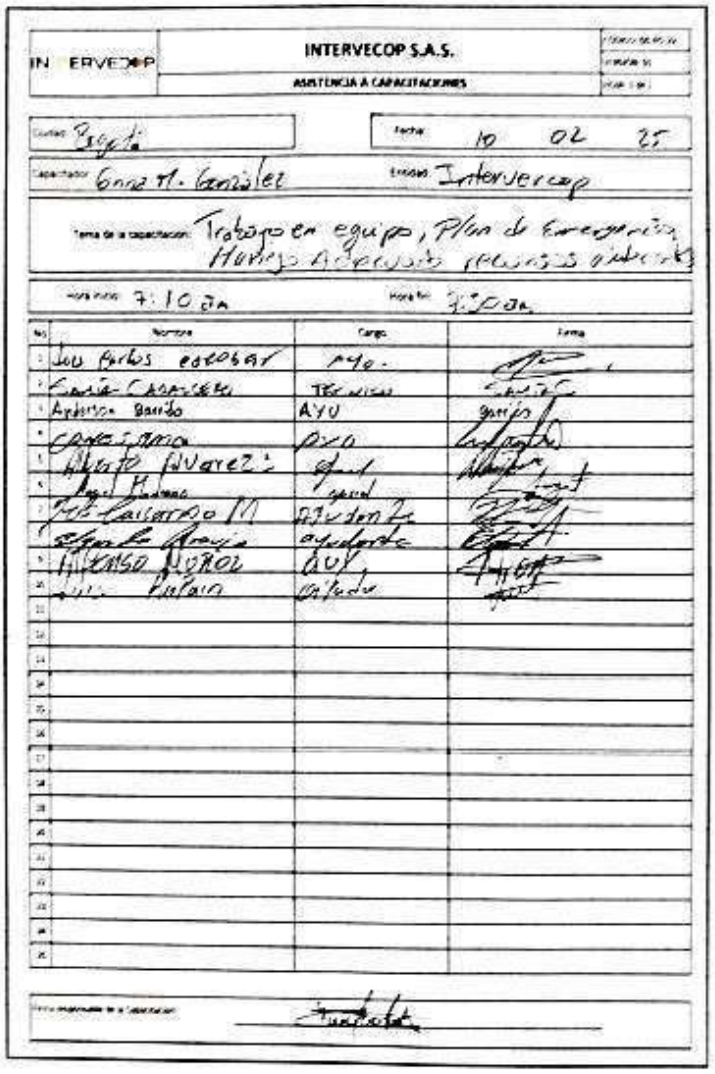
**Ilustración 1:** Equipos Atención de emergencias








**Ilustración 2:** Capacitación Plan de emergencias



INTERVECOP S.A.S.

ASISTENCIA A CAPACITACIONES

Fecha 10 02 25

Capacitador Erna M. González Empresa Intervecop

Tema de la capacitación: Trabajo en equipo, Plan de Emergencia, Hurdas Adecuado (ilegible)

Hora inicio 7:10 am Hora fin 7:30 am

| No. | Nombre | Cargo | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | Jhon Pablo Cordoba | Ayo. | |
| 2 | Karla Cabrales | Tecnico | |
| 3 | Arturo Barrios | AYU | |
| 4 | Carlos Mora | Ayo | |
| 5 | Alberto Alvarez | Ayud | |
| 6 | Jose Hadmas | Ayud | |
| 7 | Jose Calderon M | Ayudante | |
| 8 | Eduardo Arroyo | ayudante | |
| 9 | Alfonso Alvarez | Ayu | |
| 10 | Julio Pulgar | Ayudo | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

Firma responsable de la capacitación

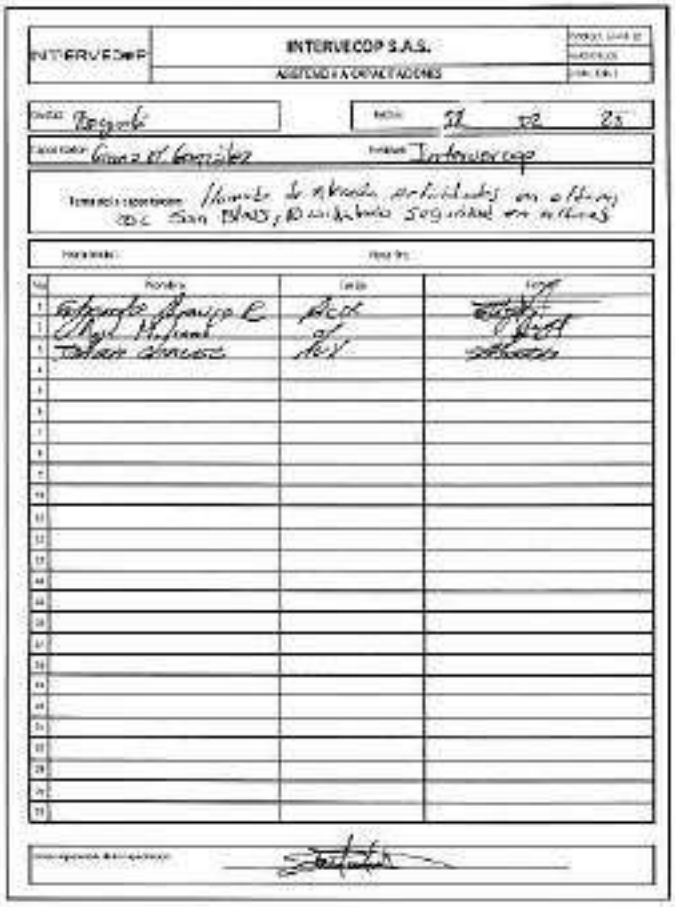
Respecto el uso adecuado del equipo de alturas en actividades que se requieran para asegurar el personal, los trabajadores que se encontraban realizando el retiro del techo en el frente de obra de San Blas omitieron el uso porque se estaban alistando para salir a su hora de almuerzo, antes salir previendo que iba a llover cubrieron con un plástico para evitar la filtración en el área de intervención. Se realizó llamado de atención el día 11 de febrero por mala práctica en trabajo para alturas, en la cual la Ingeniera Laura Rodríguez (Interventoría SSTMA) se encontraba presente, donde se le recalco a los trabajadores la obligatoriedad del uso de los EPCC.

ADJUNTO EVIDENCIA FOTOGRAFICA

**Ilustración 3**: Actividades en alturas CDC San Blass




**Ilustración 4:** Llamado de atención CDC San Blass

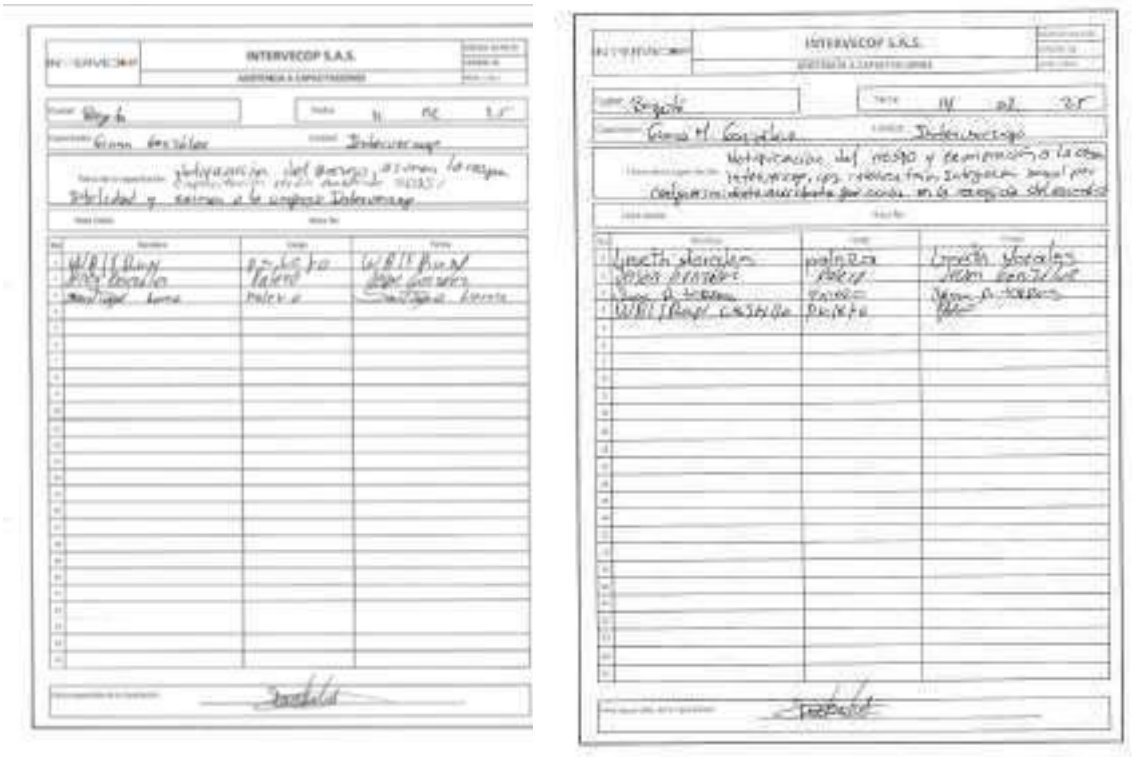


En cuanto a la solicitud que realiza la interventoría de remitir con anticipación las afiliaciones (ARL, EPS Y PENSIÓN) del personal que realiza la actividad de disposición final de RCD en obra, siempre se ha enviado los documentos con antelación del señor Wilmer Sáenz el volquetero con pin ambiental que se contrató para la disposición de RCD en Cemex, en cuanto a los paleros que el lleva son bajo su responsabilidad ya que ellos trabajan solo por evento y no ingresan como tal a la obra si no solo al sitio de acopio o a la puerta donde están los residuos, igualmente se le hace la charla de notificación de los riesgos y de la exoneración de responsabilidad de la entidad y de la empresa y se deja evidencia firmada las cuales se le han mostrado en físico a la ingeniera Laura cuando las ha solicitado como fue el día 11 de febrero en la sede de San Blas.

Los paleros son personas que se hacen responsables de su seguridad ya que no tienen ninguna relación laboral ni con la entidad donde realizan la actividad de recolección ni con la empresa ya que jamás los hemos llamada nosotros , reitero son personas de lleva el volquetero y que aun así se les ha entregado los EPPS por parte de la empresa pero ellos no los usan o los dejan de lado.

**ADJUNTO EVIDENCIA FOTOGRAFICA**

**Ilustración 5:** Notificación de riesgos



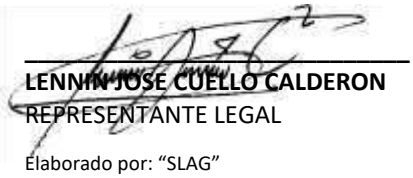

Por lo anterior la empresa no ha incumplido con los a sus obligaciones establecidas en el contrato de obra 9174-2024 **"CLÁUSULA TERCERA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:**

**3.1. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:**

*…10. Dar cumplimiento a sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, para lo cual deberá realizar los aportes a que se refiere la Ley 828 de 2003 modificado por el Decreto 126 de 2010, el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 modificado por el Decreto Ley 2106 de 2019, y el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, en lo relacionado con los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, SENA (Fondo Para la industria de la Construcción – FIC), e ICBF cuando haya lugar a ello, de conformidad con las normas y reglamentos que rigen la materia . Este requisito deberá acreditarse para la realización de los pagos derivados del contrato y se debe reportar mensualmente para verificación y aprobación de la interventoría…"*

Hasta la fecha, todo el personal contratado para realizar actividades en las sedes ha sido enviados los documentos de las sus respectivas afiliaciones (EPS, ARL, Fondo de pensión, examen ocupacional, antecedentes, etc.) y se envían con anterioridad al correo indicado por su entidad para la aprobación del ingreso.

Atentamente,



**LENNIN JOSE CUELLO CALDERON**
REPRESENTANTE LEGAL

Elaborado por: "SLAG"
Revisó: "Daniel Nieves"

# Anexo 12

# Paz y Salvos

APOLINAR GONZALEZ CONSTRUCCIONES
CONFIANZA Y COMPROMISO

Bogotá D.C 15 ENERO 2025

**APOLINAR GONZÁLEZ PALENCIA**
CR 87 K 64 SUR 10
Ciudad

**ASUNTO: PAZ Y SALVO DE OBLIGACIONES LABORALES**

Yo Jaider Alvares. identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.103.018.168 de Cordoba. Declaro que la empresa **APOLINAR GONZALEZ** se encuentra a paz y salvo con respecto a todas las obligaciones laborales relacionadas con mi vínculo laboral, incluyendo pago de salarios, prestaciones sociales, liquidación de contrato y aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los propios del Sena, ICBF y caja de compensación familiar, cuando aplique.

Así mismo, declaro que he sido informado(a) de mi derecho a realizar el examen médico de egreso en los términos establecidos en la normativa vigente.

La presente paz y salvo se firma en Bogotá, Día 15 Mes 01 Año 2025

Jaider Alvares
Firma trabajador
Cargo: Oficial.
Nº Cédula 1.103.018.168

Firma del empleador
Nº Cédula
Teléfono:

Powered by CamScanner

APOLINAR GONZALEZ CONSTRUCCIONES
CONFIANZA Y COMPROMISO

Bogotá D.C., | 16 – FEBRERO 2025

**APOLINAR GONZÁLEZ PALENCIA**
CR 87 K 64 SUR 10
Ciudad

**ASUNTO: PAZ Y SALVO DE OBLIGACIONES LABORALES**

Yo DIOVER CARCAMO identificado(a) con cédula de ciudadanía 9272.338 de MEDELLIN. Declaro que la empresa **APOLINAR GONZALEZ** se encuentra a paz y salvo con respecto a todas las obligaciones laborales relacionadas con mi vínculo laboral, incluyendo pago de salarios, prestaciones sociales, liquidación de contrato y aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los propios del Sena, ICBF y caja de compensación familiar, cuando aplique.

Así mismo, declaro que he sido informado(a) de mi derecho a realizar el examen médico de egreso en los términos establecidos en la normativa vigente.

La presente paz y salvo se firma en Bogotá, Día 16 Mes 02 Año 2025

DIOVER CARCAMO
Firma trabajador
Cargo: OFICIAL
Nº Cédula 9272338

Firma del empleador
Nº Cédula
Teléfono:

Powered by CamScanner

INTERVECOP

# CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO

Bogotá, 13 de febrero de 2025

Yo, **JAIME EDUARDO RODRIGUEZ QUINTERO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.053.782.525**, certifico que la empresa **INTERVECOP SAS**, identificada con NIT No. **901.516.211-1**, está a Paz y Salvo conmigo, por todo concepto de salario, primas, vacaciones, cesantías e intereses de cesantías, por las labores ejecutadas en la empresa como **INSPECTOR DE OBRA.**

Los trabajos, los ejecuté para quien me canceló los valores por todo concepto, quedando a Paz y Salvo.

De conformidad firmo, en constancia de lo anterior a los 13 días del mes de febrero de 2025

Cordialmente,

**HUELLA**



**Nombre completo:** Jaime Eduardo Rodriguez Quintero

**Firma:**

**C.C. No.** 1053782525

Ed. Plaza De La Castellana, Of. 310 - Monteria Cordoba

intervecopsas@gmail.com

Scanned with CamScanner

# Anexo 13

# Cronograma capacitaciones SST.

| | INTERVECOP SAS | CÓDIGO: GS-FO-039 |
|---|---|---|
| | CRONOGRAM DE TRABAJO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | VERSIÓN 1 |
| | | FECHA ENE 25 |

## OBJETIVO

Fortalecer la Seguridad y Salud en el Trabajo al interior INTERVECOP S.A.S, a través de la planificación, desarrollo, verificación y generación de acciones preventivas, correctivas y de mejora, según las disposiciones legales vigentes.

## CRONOGRAMA

| | OBJETIVO | ACTIVIDADES (PHVA) | RESPONSABLES | METAS | INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO | ENTREGABLE | dic.-24 | | ene.-25 | | feb.-25 | | mar.-25 | | abr.-25 | | may.-25 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | P | E | P | E | P | E | P | E | P | E | P | E |
| 1 | Revisar, publicar y socializar los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo. | Definicion actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo 2024-2025 | Residente SSTMA | Actualizar Politicas en SST y Matriz IPER, divulgarla a todo el personal | | documentos SG-SST solicitados en el contrato | P | E | P | E | | | | | | | | |
| | | Realizar Orientación Educativa para la socialización de la Política en Seguridad y Salud en el Trabajo | | | %Divulgacion Politica: #personas que conocen politica/#Total empleados*100 | Formato de asistencia firmado por trabajadores | P | E | P | E | | | | | | | | |
| | Gestionar y controlar los riesgos y peligros | Registrar, caracterizar y analizar el ausentismo. | Residente SSTMA | Caracterizar el 100% de las incapacidades por EL-AT | Ausentismo | Registros | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | Registrar, caracterizar y analizar la accidentalidad | | Investigar el 100% de los eventos que se presentes | %Investigacion AT/IT:#eventos investigados/#total ocurridos | Registros | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | Dar inducción en seguridad y saldud en el trabajo al personal nuevo y al personal que lo requiera. | | Induccion al 100% de los empleados nuevos | % de inducción | por trabajadores de resgistro de induccione | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | Realizar inspección de seguridad | Residente SSTMA | # inspecciones realizadas | %Inspeccion: inpecciones realizadas/inspecciones programadas | Formatos de inspección y Acciones preventivas y correctivas | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | Disminuir y/o intervenir las enfermedades laborales por medio de actividades de Medicina Laboral, que permitan promocionar la salud y bienestar de los trabajadores | Establecer el perfil sociodemografico de la poblacion trabajadora | | e la poblacion y mantener actualizada la bade de datos | | Registro Sociodemagrafico | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | ingreso, periódicos y de egreso). De igual forma los exámenes p | | l 100% de empleados examene | %Examenes medicos:#evaluaciones realizadas/#total de empleados | registro de condiciones de salud de los trabajadores | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | Desarrollar programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad ( pausas activas, vida saludable, entre otros) | | intervenir al 100% de los trabajadores | | Programas establecidos, resgistros e indicadores | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| 3 | | Gestionar la dotación de los EPP para todos los trabajadores | | Entregar al 100% la dotación establecida para los trabajadores | | Formato firmado de entrega de dotación por los trabajadores | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | Verificar estado de los extintores (mantenimiento, recarga). | Residente SSTMA | 100% de extintores en buen estado | | Formatos de inspeccion y acciones correctiv | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | Realizar los planes de mejoramiento correspondientes, según lo | | | | | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | Fortalecer actividades relacionadas con Higiene y Seguridad Industrial, que contribuyan disminuir la accidentalidad y enfermedades laborales. | Realizar los procedimientos, protocolos, y demás formatos de registros para el desarrollo de las actividades propias de seguridad e higiene industrial | | Actividades donde se establecen estandares deficidos | %personal capacitado: #Total empleados*100 | Risgistro de procedimientos establecidos, y formatos de registro de trabajadores capacitados e indicadores. | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | s por los trabajadores de Braserisimo y las respectivas investigac | Residente SSTMA | 100% de accidentalidad reportada e investigada | | Registros de reportes e investigaciones | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | Definir programa de Riesgo Psicosocial | | | | Documento del programa | | | | | | | P | | | | | |
| | | Capacitación Estandares de trabajo | Residente SSTMA | intervenir al 100% de los trabajadores | | Formato de resgistro de asistencia por trabajadores | P | E | P | E | P | E | P | | P | | P | |
| | | Ejecutar reuniones con el COPASST y Comité de Convivencia. | | | | Actas de Reunión | | | | | | | P | | P | | P | |
| | Revisión y evaluación del SG-SST | Revision por la gerencia | | Anual | | Documento Firmado de la Revisión Gerencial | | | | | | | | | | | | |
| | | Auditorias interna y externas | | Anual | | | | | | | | | | | | | | |

**RECURSOS NECESARIOS**

**HUMANOS: 1. Residente en SST 2. IPS de Salud ocupaciona l 3. Comité COPASST y COCOLA.**

**FISICOS: 1.Salón de Capacitaciones 2. Intenet 3. Computador 4. Impresora 5. Papeleria 6. Marcadores 7. Esferos, Sillas,**

**FINANCIEROS:**



## CRONOGRAMA

| OBJETIVO | ACTIVIDADES (PHVA) | RESPONSABLES | METAS | INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO | ENTREGABLE | dic.-24 | | ene.-25 | | feb.-25 | | mar.-25 | | abr.-25 | | may.-25 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | P | E | P | E | P | E | P | E | P | E | P | E |
| | | TOTAL AÑO | | | | dic.-24 | | ene.-25 | | feb.-25 | | mar.-25 | | abr.-25 | | may.-25 | |
| ACTIVIDADES PROGRAMADAS AL AÑO | | 25 | | | | 15 | | 10 | | 12 | | 13 | | 12 | | 14 | |
| ACTIVIDADES EJECUTADAS AL AÑO | | 0 | | | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR MES | | | | | | 0% | | 0% | | 0% | | 0% | | 0% | | 0% | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL AÑO | | 0% | | | | | | | | | | | | | | | |

# Anexo 14

# Matriz IPER

# MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS Y VALORACION DEL RIESGO

VERSION:02
FECHA:26/12/2024

**INTERVECOP S.A.S**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROYECTO** | CONTRATO N°9174-2024 "OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DELSISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO", | **NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL LEVANTAMIENTO** | JOSE CARLOS ALDANA |
| **FECHA ELABORACION / ACTUALIZACION** | 26/12/2024 | **DOCUMENTO IDENTIDAD** | **10888652** / **LIC.SO** / 202130003067 |

| PROCESO | AREA/CARGO | ACTIVIDADES | TAREAS | RUTINARIO | NO RUTINARIO | PELIGRO: CLASIFICACIÓN | PELIGRO: DESCRIPCIÓN | PELIGRO: FUENTE | EFECTOS POSIBLES | CONTROLES EXISTENTES: Fuente | CONTROLES EXISTENTES: Medio | CONTROLES EXISTENTES: Individuo | NIVEL DE PROBABILIDAD NP=ND x NE: Nivel de deficiencia | NIVEL DE PROBABILIDAD NP=ND x NE: Nivel de exposición | NIVEL DE PROBABILIDAD NP=ND x NE: Nivel de probabilidad | NIVEL DE PROBABILIDAD NP=ND x NE: Interpretación del nivel de probabilidad | CONSECUENCIAS (NC) | Nivel de Riesgo (N.R) e Intervención | NIVEL DE RIESGO NR= NP x NC: NR (valor) | NIVEL DE RIESGO NR= NP x NC: Nivel Riesgo | Aceptabilidad del riesgo | EXPUESTOS: N° | CRITERIOS PARA CONTROLES: Peor Consecuencia | CRITERIOS PARA CONTROLES: Requisito Legal | MEDIDAS INTERVENCIÓN: Eliminación | MEDIDAS INTERVENCIÓN: Sustitución | MEDIDAS INTERVENCIÓN: Controles de Ingeniería | MEDIDAS INTERVENCIÓN: Señalización, Advertencia y/o controles administrativos | MEDIDAS INTERVENCIÓN: Equipos de protección personal. | MEDIDAS INTERVENCIÓN: Responsable de seguimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBRA | OPERATIVO | DEMOLICIÓN Y/O DEMOLICIONES PARCIALES | 1. DEMOLICIÓN/EXCAVACIÓN Y MANUALES | 0 | | PSICOSOCIALES | 1. Gestion organizacional se puede producir estrés laboral por Conflicto en el trabajo, problemas familiares, mobbing, acoso laboral por terminacion de trabajos, acoso sexual, problemas de salud física, enfermedades cardiovasculares o trastornos musculoesqueléticos, | 1. Horarios de Trabajo 2. Roles de trabajo 3. Tiempos de descanso 4. Condiciones de la tarea a desarrollar 5. Insatisfaccion laboral 6. Problemas de relacion 7. desmotivacion laboral | 1. Cansancio 2. Fatiga 3. Estrés 4. Sindrome del trabajador quemado o burnout | Ninguno | 1. Definicion de roles 2. Pausas activas 4. Rotacion de trabajo 5. Descansos | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad . 2. Capacitaciones riesgo Psicosocial, inducciones, charlas | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades que no requieren incapacidad | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Promover un liderazgo activo 2. Mejoras el tipo de comunicación empleado - empresa | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Psicosocial 2. Pausas Activas 3. Definicion de Roles de trabajo 4. Trabajo en equipo | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FISICO | 1. Ruido 2. Vibraciones 3. Temperaturas extremas 4. Iluminacion 5. Manejo de maquinaria pesada o electrica por el trabajo realizado en demoliciones. | 1. Impactos intermitentes y continuos 2. Luz visible por exceso o deficiencia 3. Temperaturas de calor y frio | 1. Perdida de audicion parcial, gradual, temporal o permanente 2. Lumbagias 3. Hernias 4. Perder el equilibrio 5. . Agotamiento, cansacio, debilidad, nauseas 6. caidas, lesiones | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales 2. Inspeccion de herramientas 3. Preoperacionales de maquinarias 4. Listas de chequeos | 1. Capacitaciones en riesgo físico Charlas informativas para la prevencion del riesgo 3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, overol) | 2 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Perdida de audicion | 1. Ley 1562 de 2012 2. Real Decreto 1311/2005, de 04 Noviembre | Ninguno | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Físico 2. Pausas Activas 3. Inspecciones y preoperacionales de equipos, maquinarias y herramientas 4. Examenes medicos ocupacionales | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOMECANICO | 1. Condiciones de trabajo: a- Demoliciones en pisos, cielo rasos, cimentaciones, muros, trabajo de desmonte de estructuras trabajo en piso y en alturas. b- Retiros e ingreso de elementos de obra | 1. Posturas prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales 2. manipulacion de cargas forma manual 3. Movimientos repetitivos 4. Esfuerzo | 1. Dolores Lumbares , musculares 2. Tendinitis, tensorvitis | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales 2. Inspecciones de zonas de trabajo 3. Tiempo de ejecucion del trabajo | 1. Capacitacion en riesgo Biomecanico. 2. Mitigacion del riesgo 4. Ayudas mecanicas | 2 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales | 1. resolucion 2844del 2007 (art 1 vigilancia epidemiologica ) Decreto 487 de 1997 | Ninguno | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones sobre el riesgo Biomecanico 2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo 3. Examenes medicos ocupacionales 3. Pausas Activas | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | QUIMICO | 1. Movimiento de materiales en los procesos constructivos que generan contraminantes para el medio ambiente y el ser humano en ciclos de demoliciones en cielo raso, muros, diversontes. | 1. Polvos organicos e inorganicos 2. Fibras 3. Liquidos 4. Gases y vapores 5. Humos metalicos y no metalicos 6. Material particulado | 1. Dermatitis 2. afectacion en vias respiratorias 3. Irritacion en Piel 4. Intoxicacion 5. Enfermedades del sistema nervioso | 1. Duracion de la exposicion 2. Via de entrada del organismo 3. Concentracion y composicion del quimico | 1. Examenes ocupacionales 2. Inspecciones de zonas de trabajo 3. Tiempo de ejecucion del trabajo 4. Control del riesgo | 1. Capacitaciones en riesgo químico Charlas informativas para la prevencion del riesgo 2. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo químico 2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo 3. Examenes medicos ocupacionales 3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | CONDICIONES DE SEGURIDAD | 1. Condiciones de trabajo : a- Exposición a la vía pública b. Incompatibilidad de los usos del suelo c. Trabajos en alturas, donde se genera caidas de diferente nivel. d. zonas de trabajo con concurrencia de peatones y vehiculos. | 1. Mecanico 2. Electrico 3. Locativo 4. Tecnologico 5. Accidentes de transito 6. Publicos 7. Trabajo en Alturas 8. Espacios confinados | 1. Caidas a distinto y mismo nivel 2. Caida de Objetos 3. Sepultamientos 4. Golpes 5. Atropellamientos 6. Contactos electricos 7. Proyecciones de particulas Contacto con sustancias químicas | Ninguno | Ninguno | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo 3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentimos laboral 2. Perdidas materiales 3. Incapacidades medicas 4. Muerte | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo 2. Examenes medicos ocupacionales 3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOLOGICO | 1. Condiciones lugar de trabajo, bacterias, hongos, picaduras | 1. Virrix 2. Bacterias 3. Hongos 4. Rickettias 5. Parasitos 6. Picaduras 7. Mordeduras 8.Fluidos o excrementos | 1. Infecciones 2. Alergias 3. Efectos toxicos o intoxicantes 4. Virus por bacterias o virales | 1. Zonas de trabajo y transito | 1. Examenes ocupacionales 2. Inspecciones de zonas de trabajo 3. Tiempo de ejecucion del trabajo 4. Control del riesgo | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo 3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 3 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentimos laboral 2. Incapacidades medicas | 1. real decreto 2110 / 1995 2. real decreto 664 -97 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo 2. Examenes medicos ocupacionales 3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FENOMENOS NATURALES | 1. Condiciones de trabajo: a. Vientos intensos b. Lluvias fuertes e inundaciones c. Sismos | 1. Sismo 2. Terremoto 3. Derrumbre 4. Vendaval 5. Inundacion 6. Precipitaciones | 1: Contaminacion 2. Atencion publica y daños | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones prevencion ante el desastre 2. Capacitacion Reduccion del riesgo de emergencia | 4 | 6 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Perdida de vidas humanas 2. Infecciones 3. Destruccion de infraestructura | Norma 2113 de 01 nov de 2022 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones gestion del riesgo y desastres. 2. Autocuidado personal | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| OBRA | OPERATIVO | DEMOLICIÓN DE ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES | REVISIÓN DE ELEMENTOS NUEVOS A DEMOLICIÓN | 0 | | PSICOSOCIALES | 1. Gestion organizacional se puede producir estrés laboral por Conflicto en el trabajo, problemas familiares, mobbing, acoso laboral por terminacion de trabajos, acoso sexual, problemas de salud física, enfermedades cardiovasculares o trastornos musculoesqueléticos, | 1. Horarios de Trabajo 2. Roles de trabajo 3. Tiempos de descanso 4. Condiciones de la tarea a desarrollar 5. Insatisfaccion laboral 6. Problemas de relacion 7. desmotivacion laboral | 1. Cansancio 2. Fatiga 3. Estrés 4. Sindrome del trabajador quemado o burnout | Ninguno | 1. Definicion de roles 2. Pausas activas 4. Rotacion de trabajo 5. Descansos | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad . 2. Capacitaciones riesgo Psicosocial, inducciones, charlas | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades que no requieren incapacidad | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Promover un liderazgo activo 2. Mejoras el tipo de comunicación empleado - empresa | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Psicosocial 2. Pausas Activas 3. Definicion de Roles de trabajo 4. Trabajo en equipo | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FISICO | 1. Instalacion de todo tipo de tuberias de agua fria, caliente , desagues, ventilaciones, caja de registro, de inspeccion, aparatos sanitarios para abastecimientos de agua potable y eliminarla a traves de los desagues, aguas recidada 2. Mantenimientos de puntos de Red , conexion y suministro. 3. Instalacion de tuberia sanitaria, aparatos sanitarios 4. Realizacion de regatas y resanes 5. Instalacion de tanques plasticos y flotadores para agua potable 6. Instalacion de accesorios 7. Instalacion de lavamanos, Inodoros, llaves 8. Sondeos y limpieza de red sanitaria | 1. Impactos intermitentes y continuos 2. Luz visible por exceso o deficiencia 3. Temperaturas de calor y frio | 1. Atrapamientos 2. Cortes 3. Contactos electricos 4. Golpes 5. Caidas y caidas a diferente nivel 6. Incrustanes en huecos 7. quemaduras 8. deslizamientos en trabajo en alturas 9. esquirlas en ojos | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales 2. Inspeccion de herramientas 3. Preoperacionales de maquinarias 4. Listas de chequeos 5. Certificados de los equipos de trabajo en alturas (arnses, eslingas, andamios, escaleras; lineas de vida) 5. Certificados del personal que trabajara en alturas) | 1. Capacitaciones en riesgo físico Charlas informativas para la prevencion del riesgo 3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, guantes de nitrilo o de overol) 4. EPP trabajo en alturas (certificados) | 2 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. quemaduras 2. afecciones respiratorias 3. Caidas a diferente nivel | 1. Resolución 4272 de 2021 2. Real decreto 1311/2005 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Físico 2. Pausas Activas 3. Inspecciones y preoperacionales de equipos, maquinarias y herramientas 4. Examenes medicos ocupacionales | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol) 2. Señalizacion zonas de trabajo 3. Demarcacion zonas de trabajo 4 Orden y aseo 5. Capacitaciones trabajo en alturas 6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOMECANICO | 1. Condiciones de trabajo: a- Manejo de herramientas electricas y manuales para la realizacion de regatas. b. corte de tuberia con herramientas manual y electrica. d. Retiros e ingreso de elementos de obra e.Limpieza, empatine y soldado de tuberia PVC | 1. Posturas prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales 2. manipulacion de cargas forma manual 3. Movimientos repetitivos 4. Esfuerzo | 1. Dolores Lumbares , musculares 2. Tendinitis, tensorvitis 3. cortes o seccionamiento 4. De impacto, perforacion o punzamiento 5. De friccion o abrasion | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales 2. Inspecciones de zonas de trabajo 3. Tiempo de ejecucion del trabajo 4. Preoperacionales de maquinarias y equipos de trabajo 5. Documentacion de maquinarias, equipos y operarios) | 1. Capacitacion en riesgo Biomecanico. 2. Mitigacion del riesgo 4. Ayudas mecanicas 5. Uso de EPP de acuerdo a la actividad ( casco, botas de seguridad, guantes de nitrilo o de carnera, gafas de seguridad,overol) | 2 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales | 1. resolucion 2844del 2007 (art 1 vigilancia epidemiologica ) Decreto 487 de 1997 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo Biomecanico 2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo 3. Examenes medicos ocupacionales 3. Pausas Activas 4. Demarcacion , señalizacion de zonas de trabajo. 5. Elementos de primeros auxilios (botiquin, camilla, auditivo) | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol) 2. Señalizacion zonas de trabajo 3. Demarcacion zonas de trabajo 4 Orden y aseo 5. Capacitaciones trabajo en alturas 6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | QUIMICO | 1. Movimiento de materiales en los procesos constructivos que generan contraminantes para el medio ambiente y el ser humano: a- uso de soldadura, pegamentos, adhesivos, soldadura de PVC b. Retiro , basura, elementos contaminados generados por trabajos de obra civil, pintura, enchape, retiros de cielo rasos trabajados con (drywall, superboard, pvc, marmol) c. Cortes de metales con pulidora ( trabajo en caliente) | 1. Polvos organicos e inorganicos 2. Fibras 3. Liquidos 4. Gases y vapores 5. Humos metalicos y no metalicos 6. Material particulado | 1. Dermatitis 2. afectacion en vias respiratorias 3. Irritacion en Piel 4. Intoxicacion 5. Enfermedades del sistema nervioso 6. proyecciones | 1. Duracion de la exposicion 2. Via de entrada del organismo 3. Concentracion y composicion del quimico | 1. Examenes ocupacionales 2. Inspecciones de zonas de trabajo 3. Tiempo de ejecucion del trabajo 4. Control del riesgo | 1. Capacitaciones en riesgo químico Charlas informativas para la prevencion del riesgo 3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes caucho, nitrilo, carnes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo químico 2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo 3. Examenes medicos ocupacionales 3. Autocuido personal 4. Hojas de seguridad, fichas tecnicas 5. Medevac | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol) 2. Señalizacion zonas de trabajo 3. Demarcacion zonas de trabajo 4 Orden y aseo 5. Capacitaciones trabajo en alturas 6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | CONDICIONES DE SEGURIDAD | 1. Condiciones de trabajo : a- Exposición a la vía pública b. Incompatibilidad de los usos del suelo c. Trabajos en alturas, donde se genera caidas de diferente nivel. d. zonas de trabajo con alta concurrencia de peatones y vehiculos. | 1. Mecanico 2. Electrico 3. Locativo 4. Tecnologico 5. Accidentes de transito 6. Publicos 7. Trabajo en Alturas 8. Espacios confinados | 1. Caidas a distinto y mismo nivel 2. Caida de Objetos 3. Sepultamientos 4. Golpes 5. Atropellamientos 6. Contactos electricos 7. Proyecciones de particulas Contacto con sustancias químicas | Ninguno | Plan de emergencias | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo 3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, caucho, nitrilo, vaqueta, tapaoidos de insercion y de copa, botas de material y de caucho de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentimos laboral 2. Perdidas materiales 3. Incapacidades medicas 4. Muerte | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Identificar los peligros 2. Solicitar las mejoras 3. Identificar las salidas de emergencia 4. Plan de evacuacion | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo 2. Examenes medicos ocupacionales 3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOLOGICO | 1. Condiciones del lugar de trabajo, donde se presente virus,bacterias, hongos entre otros. | 1. Virrix 2. Bacterias 3. Hongos 4. Rickettias 5. Parasitos 6. Picaduras 7. Mordeduras 8.Fluidos o excrementos | 1. Infecciones 2. Alergias 3. Efectos toxicos o intoxicantes 4. Virus por bacterias o virales | 1. Zonas de trabajo y transito | 1. Examenes ocupacionales 2. Inspecciones de zonas de trabajo 3. Tiempo de ejecucion del trabajo 4. Control del riesgo | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo 3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 3 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentimos laboral 2. Incapacidades medicas | 1. real decreto 2110 / 1995 2. real decreto 664 -97 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo 2. Examenes medicos ocupacionales 3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | FENOMENOS NATURALES | 1. Condiciones de trabajo:<br>a. Vientos Intensos<br>b. Lluvias fuertes e inundaciones<br>c. Sismos | 1. Sismo<br>2. Tormenta<br>3. Derrumbes<br>4. Vendaval<br>5. Inundacion<br>6. Descripción | 1: Contaminacion<br>2. Atencion publica y daños | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones prevencion ante el desastre<br>2. Capacitacion Reduccion del riesgo de emergencia | 4 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Perdida de vidas humanas<br>2. Infecciones<br>3. Destruccion de infraestructura | Norma 2113 de 01 nov de 2022 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones gestion del riesgo y desastres.<br>2. Autocuidado personal | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| CIVIL | OPERATIVO | 1. OBRAS CIVILES | 1. MOVIMIENTO DE TIERRAS<br>2. ACERO ESTRUCTURAL Y MONTAJE DE PISOS<br>3. ENCOFRADOS Y CONCRETO LANZADO, INSTALACION CERAMICOS<br>4. LAVADO DE VEHICULOS<br>5. CERRAMIENTOS Y PUERTAS DE VIVIENDAS<br>6. CERRAMIENTOS Y PUERTAS DE VIVIENDAS<br>7. INSTALACIONES HIDRAULICAS Y SANITARIAS<br>8. INSTALACIONES ELECTRICAS Y DE GAS DE RED<br>9. PINTURA, VIDRIOS Y ACABADOS GENERALES<br>10. PINTURA, VIDRIOS Y ACABADOS GENERALES | 0 | | PSICOSOCIALES | 1. Gestion organizacional<br>se puede producir estrés laboral por Conflicto en el trabajo, problemas familiares, mobbing, acoso laboral por terminacion de trabajos, acoso sexual, problemas de salud física, enfermedades cardiovasculares o trastornos musculoesqueléticos, | 1. Horarios de Trabajo<br>2. Roles de trabajo<br>3. Tiempos de descanso<br>4. Condiciones de la tarea a desarrollar<br>5. Inastifiacion laboral<br>6. Problemas de relacion<br>7. Acentuacion laboral | 1. Cansancio<br>2. Fatiga<br>3. Estrés<br>4. Sindrome del trabajador quemado o burnout | Ninguno | 1. Definicion de roles<br>2. Pausas activas<br>4. Rotacion de trabajo<br>5. Descansos | 5. Uso de EPP adecuados a la actividad .<br>2. Capacitaciones riesgo Psicosocial, Inducciones, charlas | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades que no requieren incapacidad | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Promover un liderazgo activo<br>2. Mejoras el tipo de comunicación empleado - empresa | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Psicosocial<br>2. Pausas Activas<br>3. Definicion de Roles de trabajo<br>4. Trabajo en equipo | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | FISICO | 1. Desmonte manual de zonas que tienen material e impermeabilizacion / manto<br>2. Traciego, cargue y retiro de escombros al punto de acopio para su reccolección.<br>3 Traslego de materiales que se consideran reutilizables y llevados al punto de acopio aprovado por la entidad.<br>4. Instalaciones de pisos enchapes y retiros<br>5 Picado de alistado en mortero, concreto,<br>6. Cargue y descargue de RCD al punto de acopio<br>7. Excarificaciones de concreto ( vigas, muros, columnas y zapatas)<br>8. Manposteria de concreto, arcilla, instalacion de bordillos, hechura de pocetas de aseo, mesones en concreto, poyo, cercamos, regatas<br>9. trabajo estructurales<br>10. fundicion de , pisos, alfagias, vigas, dinteles, tapas, plaquetas, bostas en concreto.<br>11; Lijado, nasillado, encintado y pintura<br>12. Pulido de superficies<br>13. Instalacion de ceramica | 1. Impactos intermitentes y continuos<br>2. Luz visible por exceso o deficiencia<br>3. Temperaturas de calor y frio | 1. Atrapamientos<br>2. Cortes<br>3. Contactos electricos<br>4. cortaduras<br>5. Golpes y caidas a diferente nivel<br>6. machucones<br>7. quemaduras<br>8. desplazamientos en trabajo en alturas<br>9. esguinze en ojos<br>10. Aplastamientos<br>11. Proyecciones<br>12. Exposicion al ruido<br>13. Vibraciones continuas por manejo de la maquinaria<br>14. Bajo nivel de atencion<br>15. estres<br>16. Sobre esfuerzos<br>17. Movimientos repetitivos | Ninguno | Ninguno | 5. Capacitaciones en riesgo físico, salidas de emergencia Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>5. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, overol)<br>4. EPP trabajo en alturas (certificados) | 4 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. quemaduras<br>2. afecciones respiratorias<br>3. Caidas a diferente nivel | 1. Resolución 4272 de 2021<br>2. Real decreto 1311/2005 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Físico, alturas<br>2. Pausas Activas<br>3. Inspecciones y preoperacionales de equipos, maquinarias y herramientas, equipos de alturas<br>4. Examenes medicos ocupacionales | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA<br>7. Permisos de trabajo, ATS, Inspecciones preoperacionales de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | BIOMECANICO | a- Manejo de herramientas electricas y manuales para realizar los cortes de la tuberia, materiales para demoliciones y desmontes.<br>b. Traslado de materiales y maquinaria a las zonas de trabajo<br>d. Instalacion de Tuberia, cielo raso, enchape, accesorios, en techos y muros ( trabajo manual y repetitivo)<br>e.Limpieza, orden y aseo en zonas de trabajo realizando traslegos de materiales a los puntos de acopio.<br>e. Levantamiento de cargas pesadas<br>f. Uso de pulidora ( trabajo en caliente)<br>g. Uso de Maquinaria para pulido de madera, pisos , destronque y sanilada (para madera)<br>h. Uso de maquinaria electrica y pesada, herramientas manual,<br>i. demoliciones manuales y con ayuda mecanica ( macetas, porros, demoledores)<br>j. Alistado y afinado de pisos, repellos<br>k. Manejo de herramita electricas para cortes de placas | 1. Posturas prolongada, mantenida, forzada, antigeniticationales<br>2. manipulacion de cargas forma manual<br>3. Movimientos repetitivos<br>4. Esfuerzo | 1. Dolores Lumbares , musculares<br>2. Tendinitis, tenosinitis<br>3. cortes o seccionamiento<br>4. De impacto, perforacion o pasramiento<br>5. De friccion o abracion<br>6. Quemaduras<br>7. Aplatamiento<br>8. fracturas<br>9. esguinces<br>10. Machucones<br>11. Caidas mismo y diferente nivel | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Preoparacionales de maquinarias y equipos de trabajo<br>5. Documentacion de maquinarias, equipos y operarios)<br>6. Equipos de primeros auxilios | 5. Capacitacion en riesgo Biomecanico manipulacion de cargas.<br>2. Mitigacion del riesgo, uso de escaleras, andamios<br>4. Ayudas mecanicas<br>5. Uso de EPP de acuerdo a la actividad ( casco, botas de seguridad, guantes de nitrilo o de carnaza, gafas de seguridad,overol) | 3 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales<br>2. Ausentismo laboral<br>3. incapacidades medicas | 1. resolucion 2844del 2007 (art 1 vigilancia epidemiologica )<br>Decreto 487 de 1997<br>Decreto 1477 de 2014 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo Biomecanico<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>4. Pausas Activas<br>5. Demarcacion , señalizacion de zonas de trabajo.<br>6. Elementos de primeros auxilios (botiquin, camilla, extintor) | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | QUIMICO | 1. Movimiento de materiales en los procesos constructivos que generan contraimientes para el medio ambiente y el ser humano:<br>a- uso de soldadura, pegamentos, adhesivos, endurecedores, sellantes, cemento, granito boquilla, epoxicos, marmolina, tintilla<br>b. Retiro , basura , de residuos contaminates (geotextil), elementos contaminados generados por trabajos de obra.<br>c. Cortes de metales con pulidora, ( trabajo en caliente)<br>d. Mezcla de productos químicos , cemento, mortero de pega. Inmunizaciones, granito, epoxico, silica<br>e. Aspersion con insecticida, fungicida, lacados y barnizados | 1. Polvos organicos e inorganicos<br>2. Fibras<br>3. Liquidos<br>4. Gases y vapores<br>5. Humos metalicos y no metalicos<br>6. Material particulado | 1. Dermatitis<br>2. afectacion en vias respiratorias<br>3. Irritacion en Piel<br>4. Intoxicacion<br>5. Enfermedades del sistema nervioso<br>6. proyecciones<br>7. Asma<br>8. sintomas de alergias<br>9. dificultades respiratorias<br>9. envenenamiento | 1. Duracion de la exposicion<br>2. Via de entrada del organismo<br>3. Concentracion y composicion del químico | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo<br>5. Equipos de primeros auxilios<br>6. MEDEVAC | 5. Capacitacion en riesgo químico<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes cauche, nitrilo, vaqueta, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapaboccas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo químico<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>4. Autocuidado personal<br>5. Medevac | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapaboccas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | CONDICIONES DE SEGURIDAD | 1. Condiciones de trabajo :<br>a- Exposición a la vía pública<br>b. Incompatibilidad de los usos del suelo<br>c. Trabajos en alturas, donde se genera caidas de diferente nivel,<br>d. zonas de trabajo con alta concurrencia de peatones y vehiculos. | 1. Mecanico<br>2. Electrico<br>3. Locativo<br>4. Tecnologico<br>5. Accidentes de transito<br>6. Publicos<br>7. Trabajo en Alturas<br>8. Espacios confinados | 1. Caidas a distinto y mismo nivel<br>2. Caida de Objetos<br>3. Sepultamientos<br>4. Golpes<br>5. Atropellamientos<br>6. Contactos electricos<br>7. Proyecciones de particulas<br>Contacto con sustancias químicas | Ninguno | Plan de emergencias | 5. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, cauche, nitrilo, vaqueta, tapaoidos de insercion y de copa, botas de material y de caucho de seguridad, tapaboccas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentismo laboral<br>2. Perdidas materiales<br>3. incapacidades medicas<br>4. Muerte | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Identificar los peligros<br>2. Solicitar las mejoras<br>3. Identificar las salidas de emergencia<br>4, Plan de evacuacion | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuidado personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapaboccas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de cauchi, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | BIOLOGICO | 1. Condiciones del lugar de trabajo, donde se presente virus,bacterias, hongos entre otros. | 1. Virrs<br>2. Bacterias<br>3. Hongos<br>4. Rickettias<br>5. Parasitos<br>6. Picadoras<br>7. Mordeduras<br>8.Estados psicosomaticos | 1. Infecciones<br>2. Alergias<br>3. Efectos toxicos o intoxicantes<br>4. Virus por bacterias o virales | 1. Zonas de trabajo y transito | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo | 5. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapaboccas N95, overol) | 2 | 3 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentismo laboral<br>2. incapacidades medicas | 1. real decreto 2110 / 1995<br>2. real decreto 664- 97 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapaboccas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de cauchi, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | FENOMENOS NATURALES | 1. Condiciones de trabajo:<br>a. Vientos Intensos<br>b. Lluvias fuertes e inundaciones<br>c. Sismos | 1. Sismo<br>2. Tormenta<br>3. Derrumbes<br>4. Vendaval<br>5. Inundacion<br>6. Descripción | 1: Contaminacion<br>2. Atencion publica y daños | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones prevencion ante el desastre<br>2. Capacitacion Reduccion del riesgo de emergencia | 4 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Perdida de vidas humanas<br>2. Infecciones<br>3. Destruccion de infraestructura | Norma 2113 de 01 nov de 2022 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones gestion del riesgo y desastres.<br>2. Autocuidado personal | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| CIVIL | OPERATIVO | 1. OBRAS CIVILES | 1. MOVIMIENTO DE TIERRAS<br>2. ACERO ESTRUCTURAL Y MONTAJE DE PISOS<br>3. ENCOFRADOS Y CONCRETO LANZADO, INSTALACION CERAMICOS<br>4. LAVADO DE VEHICULOS<br>5. CERRAMIENTOS Y PUERTAS DE VIVIENDAS<br>6. CERRAMIENTOS Y PUERTAS DE VIVIENDAS<br>7. INSTALACIONES HIDRAULICAS Y SANITARIAS<br>8. INSTALACIONES ELECTRICAS Y DE GAS DE RED<br>9. PINTURA, VIDRIOS Y ACABADOS GENERALES<br>10. PINTURA, VIDRIOS Y ACABADOS GENERALES | 0 | | PSICOSOCIALES | 1. Gestion organizacional<br>se puede producir estrés laboral por Conflicto en el trabajo, problemas familiares, mobbing, acoso laboral por terminacion de trabajos, acoso sexual, problemas de salud física, enfermedades cardiovasculares o trastornos musculoesqueléticos, | 1. Horarios de Trabajo<br>2. Roles de trabajo<br>3. Tiempos de descanso<br>4. Condiciones de la tarea a desarrollar<br>5. Inastifiacion laboral<br>6. Problemas de relacion<br>7. Acentuacion laboral | 1. Cansancio<br>2. Fatiga<br>3. Estrés<br>4. Sindrome del trabajador quemado o burnout | Ninguno | 1. Definicion de roles<br>2. Pausas activas<br>4. Rotacion de trabajo<br>5. Descansos | 5. Uso de EPP adecuados a la actividad .<br>2. Capacitaciones riesgo Psicosocial, Inducciones, charlas | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades que no requieren incapacidad | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Promover un liderazgo activo<br>2. Mejoras el tipo de comunicación empleado - empresa | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Psicosocial<br>2. Pausas Activas<br>3. Definicion de Roles de trabajo<br>4. Trabajo en equipo | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | FISICO | 1. Desmonte manual de techos y cielo raso en drywall, pvc., perfileria.<br>2. Traciego, cargue y retiro de material desmontado al punto de acopio para su reccolección.<br>3 Traslego de materiales que se consideran reutilizables y llevados al punto de acopio aprovado por la entidad.<br>4. Lijado, nasillado, encintado y pintura<br>5. Pintura de forma manual | 1. Impactos intermitentes y continuos<br>2. Luz visible por exceso o deficiencia<br>3. Temperaturas de calor y frio | 1. Atrapamientos<br>2. Cortes<br>3. Contactos electricos<br>4. cortaduras<br>5. Golpes y caidas a diferente nivel<br>6. machucones<br>7. quemaduras<br>8. esguinze en ojos<br>9. Aplastamientos<br>10. Proyecciones<br>11. Exposicion al ruido<br>12. Bajo nivel de atencion<br>13. estres<br>14. Sobre esfuerzos<br>15. Movimientos repetitivos | Ninguno | Ninguno | 5. Capacitaciones en riesgo físico, salidas de emergencia Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>5. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, overol)<br>4. EPP trabajo en alturas (certificados) | 4 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. quemaduras<br>2. afecciones respiratorias | 1. Resolución 4272 de 2021<br>2. Real decreto 1311/2005 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Físico, alturas<br>2. Pausas Activas<br>3. Inspecciones y preoperacionales de equipos, maquinarias y herramientas, equipos de alturas<br>4. Examenes medicos ocupacionales | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapaboccas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA<br>7. Permisos de trabajo, ATS, Inspecciones preoperacionales de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | BIOMECANICO | 1. Condiciones de trabajo:<br>a- Manejo de herramientas electricas y manuales para realizar los cortes del drywall.<br>b. Traslado de materiales a las zonas de trabajo<br>d. Instalacion de cielo raso en techos.<br>e.Limpieza, orden y aseo en zonas de trabajo realizando traslegos de materiales a los puntos de acopio.<br>e. Levantamiento de cargas pesadas<br>f. Uso de pulidora ( trabajo en caliente)<br>g. Uso de maquinaria electrica y herramientas manual,<br>h. demoliciones manuales y con ayuda mecanica( macetas, porros, demoledores)<br>i. Alistado y afinado de pisos, repellos<br>j. Manejo de herramita electricas para cortes de placas | 1. Posturas prolongada, mantenida, forzada, antigeniticationales<br>2. manipulacion de cargas forma manual<br>3. Movimientos repetitivos<br>4. Esfuerzo | 1. Dolores Lumbares , musculares<br>2. Tendinitis, tenosinitis<br>3. cortes o seccionamiento<br>4. De impacto, perforacion o pasramiento<br>5. De friccion o abracion<br>6. Quemaduras<br>7. Aplatamiento<br>8. fracturas<br>9. esguinces<br>10. Machucones<br>11. Caidas mismo y diferente nivel | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Preoparacionales de maquinarias y equipos de trabajo<br>5. Documentacion de maquinarias, equipos y operarios)<br>6. Equipos de primeros auxilios | 5. Capacitacion en riesgo Biomecanico manipulacion de cargas.<br>2. Mitigacion del riesgo, uso de escaleras, andamios<br>4. Ayudas mecanicas<br>5. Uso de EPP de acuerdo a la actividad ( casco, botas de seguridad, guantes de nitrilo o de carnaza, gafas de seguridad,overol) | 2 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales<br>2. Ausentismo laboral<br>3. incapacidades medicas | 1. resolucion 2844del 2007 (art 1 vigilancia epidemiologica )<br>Decreto 487 de 1997<br>Decreto 1477 de 2014 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo Biomecanico<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>4. Pausas Activas<br>5. Demarcacion , señalizacion de zonas de trabajo.<br>6. Elementos de primeros auxilios (botiquin, camilla, extintor) | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapaboccas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | QUIMICO | 1. Movimiento de materiales en los procesos constructivos que generan contraimientes para el medio ambiente y el ser humano:<br>a- uso de pegamentos, adhesivos, endurecedores, sellantes,<br>b. Retiro , basura , de residuos contaminates (drywall), elementos contaminados generados por trabajos de obra.<br>c. Cortes de metales con pulidora, ( trabajo en caliente) | 1. Polvos organicos e inorganicos<br>2. Fibras<br>3. Liquidos<br>4. Gases y vapores<br>5. Humos metalicos y no metalicos<br>6. Material particulado | 1. Dermatitis<br>2. afectacion en vias respiratorias<br>3. Irritacion en Piel<br>4. Intoxicacion<br>5. Enfermedades del sistema nervioso<br>6. proyecciones<br>7. Asma<br>8. sintomas de alergias<br>9. dificultades respiratorias<br>9. envenenamiento | 1. Duracion de la exposicion<br>2. Via de entrada del organismo<br>3. Concentracion y composicion del químico | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo<br>5. Equipos de primeros auxilios<br>6. MEDEVAC | 5. Capacitacion en riesgo químico<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes cauche, nitrilo, carnaza, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapaboccas N95, overol) | 3 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo químico<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>4. Autocuidado personal<br>5. Medevac | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapaboccas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |
| | | | | | CONDICIONES DE SEGURIDAD | 1. Condiciones de trabajo :<br>a- Exposición a la vía pública<br>b. Incompatibilidad de los usos del suelo<br>c. Trabajos en alturas, donde se genera caidas de diferente nivel,<br>d. zonas de trabajo con alta concurrencia de peatones y vehiculos. | 1. Mecanico<br>2. Electrico<br>3. Locativo<br>4. Tecnologico<br>5. Accidentes de transito<br>6. Publicos<br>7. Trabajo en Alturas<br>8. Espacios confinados | 1. Caida de Objetos<br>2. Golpes<br>3. Contactos electricos<br>4. Proyecciones de particulas<br>5. Contacto con sustancias químicas | Ninguno | Plan de emergencias | 5. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, cauche, nitrilo, vaqueta, tapaoidos de insercion y de copa, botas de material y de caucho de seguridad, tapaboccas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentismo laboral<br>2. Perdidas materiales<br>3. incapacidades medicas | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Identificar los peligros<br>2. Solicitar las mejoras<br>3. identificar las salidas de emergencia<br>4, Plan de evacuacion | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapaboccas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de cauchi, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | BIOLOGICO | 1. Virus<br>2. Bacterias<br>3. Hongos<br>4. Rickettias<br>5. Parasitos<br>6. Picaduras<br>7. Mordeduras<br>8 Fluidos o excrementos | 1. Infecciones<br>2. Alergias<br>3. Efectos toxicos o intoxicantes<br>4. Virus por bacterias o virales | 1. Zonas de trabajo y transito | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapasidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 3 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentismos laboral<br>2. Incapacidades medicas | 1. real decreto 2110 / 1995<br>2. real decreto 664- 97 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapasidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FENOMENOS NATURALES | 1. Condiciones de trabajo:<br>a. Vientos intensos<br>b. Lluvias fuertes e inundaciones<br>c. Sismos | 1. Sismo<br>2. Terremoto<br>3. Derrumbre<br>4. Vendabal<br>5. Inundacion<br>6. Precipitaciones | 1. Contaminacion<br>2. Atencion publica y daños | Ninguno | Ninguno | 5. Capacitaciones prevencion ante el desastre<br>2. Capacitacion Reduccion del riesgo de emergencia | 4 | 6 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Infecciones<br>2. Destruccion de infraestructura | Norma 2113 de 01 nov de 2022 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones gestion del riesgo y desastres.<br>2. Autocuidado personal | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| GRAN | OBRA CIVIL | ACTIVIDADES PRELIMINARES (LOCHAS, ADECUACION DE CUBIERTAS Y ESTRUCTURA DE MADERA<br>1. LOCALIZACION Y REPLANTEO (LOCHAS)<br>2. CERRAMIENTO PROVISIONAL (MALLA ESLABONADA)<br>3. INSTALACIONES PROVISIONALES (AGUA, ENERGIA ELECTRICA, CAMPAMENTO, VALLAS, SEÑALES Y PREVENTIVOS)<br>4. DEMOLICIONES (DE MUROS, PLACAS, PISOS, ESCALERAS, CUBIERTAS, ENCHAPES, ETC)<br>5. CAPITULO DE TIERRAS (EXCAVACIONES, RELLENOS Y RETIROS)<br>6. CIMENTACIONES (ZAPATAS, VIGAS DE AMARRE, PILOTES Y MICROPILOTES)<br>7. VIDRIOS EN CARPINTERIA METALICA Y DE MADERA<br>8. PINTURAS EN MADERA | | 0 | | PSICOSOCIALES | 1. Gestion organizacional<br>se puede producir estrés laboral por Conflicto en el trabajo, problemas familiares, mobbing, acoso laboral por terminacion de trabajos, acoso sexual, problemas de salud física, enfermedades cardiovasculares o trastornos musculoesqueléticos, | 1. Horarios de Trabajo<br>2. Roles de trabajo<br>3. Tiempos de descanso<br>4. Condiciones de la tarea a desarrollar<br>5. Insatisfaccion laboral<br>6. Problemas de relacion<br>7. desmotivacion laboral | 1. Cansancio<br>2. Fatiga<br>3. Estrés<br>4. Sindrome del trabajador quemado o burnout | Ninguno | 1. Definicion de roles<br>3. Pausas activas<br>4. Rotacion de trabajo<br>5. Descansos | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad .<br>2. Capacitaciones riesgo Psicosocial, inducciones, charlas | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades que no requieren incapacidad | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Promover un liderazgo activo<br>2. Mejoras el tipo de comunicación empleado - empresa | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Psicosocial<br>2. Pausas Activas<br>3. Definicion de Roles de trabajo<br>4. Trabajo en equipo | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FISICO | 1. Instalaciones / montaje<br>2. Trabajo en alturas<br>3. impermeabilizacion<br>4. Mantenimientos<br>5. Ensambles<br>6. Trabajo en caliente y en alturas<br>7. Reinstalaciones, reparaciones y reprosiones | 1. Impactos intermitentes y continuos<br>2. Luz visible por exceso o deficiencia<br>3. Temperaturas de calor y frio | 1. Atrapamientos<br>2. Cortes<br>3. Contactos electricos<br>4. contaduras<br>5. Golpes y caidas a diferente nivel<br>6. machucones<br>7. quemaduras<br>8. esquirles en ojos<br>9. Aplastamientos<br>10. Proyecciones<br>11. Exposicion al ruido<br>12. Vibraciones continuas por manejo de la maquinaria<br>13. estres<br>14. Sobre esfuerzos<br>15. Movimientos repetitivos | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones en riesgo físico, salidas de emergencia<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapasidos de insercion y de copa, botas de seguridad, overol)<br>4. Certificaciones de equipos de trabajo en alturas | 4 | 6 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Caidas a diferente nivel | 1. Resolución 4272 de 2021<br>2. Real decreto 1111/2005 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Físico, alturas<br>2. Pausas Activas<br>3. Inspecciones y preoperacionales de equipos, maquinarias y herramientas, equipos de alturas<br>4. Examenes medicos ocupacionales | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapasidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>6. Permisos de trabajo, ATS, inspecciones preoperacionales de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOMECANICO | > Picado y demolicion de superficies de forma manual<br>b. Instalacion de membrana a base de PVC y pulluma forma manual usando ayuda de herramientas manuales y trabajo en caliente.<br>C. Imprimacion e impermeabilizacion ( uso de rodillos, aragones, escobas trabajo manual)<br>d. Instalaciones de tuberia, bajantes, canales, flanches, solapas, ventaneria, rejillas, puertas, barandas, pasamanos ( trabajo de forma manual, trabajo en caliente)<br>e. Lavado e hidrofugado de fachadas (trabajo en alturas, manejo de quimicos)<br>f. Cambio de cubiertas (trabajo en alturas y en caliente)<br>g. mantenimiento techo con tejas de barro, fibrocemento, asbesto, zinq ( trabajo manual y en alturas)<br>h. Instalacion de vidrios blindado, plomado ( trabajo manual. sobre esfuerzos por carga. | 1. Posturas prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales<br>2. manipulacion de cargas forma manual<br>3. Movimientos repetitivos<br>4. Esfuerzo | 1. Dolores Lumbares , musculares<br>2. Tendinitis, tensosinitis<br>3. cortes o seccionamiento<br>4. De impacto, perforacion o puramiento<br>5. De friccion o abracion<br>6. Quemaduras<br>7. Aplastamiento<br>8. fracturas<br>9 esguinces<br>10. Machucones<br>11. Caidas mismo y diferente nivel<br>12. Equipos defectuosos<br>13. descargas electricas<br>14. Contacto indirecto y directo de electricidad | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Preoperacionales de maquinarias y equipos de trabajo<br>5. Documentacion de maquinarias, equipos y operarios)<br>6. Equipos de primeros auxilios<br>7. certificacion de equipos de alturas y de trabajo de alturas autorizado para el personal | 1. Capacitacion en riesgo Biomecanico manipulacion de cargas.<br>2. Mitigacion del riesgo, uso de escaleras, andamios<br>4. Ayudas mecanicas<br>5. Uso de EPP de acuerdo a la actividad ( casco, botas de seguridad, guantes de nitrilo , gafas de seguridad,overol<br>6. Uso de equipos de alturas | 2 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Muerte<br>2. Ausentismo laboral<br>3. incapacidades medicas | 1. resolucion 2846del 2007 jart 1 vigilancia epidemiologica ( Decreto 487 de 1997<br>Decreto 1477 de 2014 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo Biomecanico<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo trabajo en alturas.<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Pausas Activas<br>4. Demarcacion , señalizacion de zonas de trabajo.<br>5. Elementos de primeros auxilios (botiquin, camilla, extintor) | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapasidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA<br>7. Puntos de hidratacion<br>8. Charlas informativas para la prevencion de riesgos | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | QUIMICO | 1. Movimiento de materiales en los procesos constructivos que generan contraminantes para el medio ambiente y el ser humano:<br>a. Lavado de fachadas hidrofugado, limpieza de superficies<br>b. Afinlado de pisos<br>c. Recubrimiento con pintura epoxica, cemento<br>d. Instalaciones de membranas tipo PVC y Pulluma, de geotextil aplicacion de impimante y epoxico, silicones<br>e. Impermeabilizacion con compuesto bituminoso, resina epoxica, poliuretano, emulsiones<br>f. pintura forma manual anticorrosivos , vinilo tipo1<br>g. Trabajo en caliente para instalaciones en puertas de mader, sanitarias, metalicas.<br>h. Inmunizados y sellados | 1. Polvos organicos e inorganicos<br>2 Fibras<br>3. Liquidos<br>4. Gases y vapores<br>5. Humos metalicos y no metalicos<br>6. Material particulado | 1. afectacion en vias respiratorias<br>3. Irritacion en Piel<br>4. Intoxicacion<br>5. proyecciones<br>7. Asma<br>8. sintomas de alergias<br>9. dificultades respiratorias<br>9. salpicaduras<br>10. quemaduras<br>11. Asfixias<br>12. Toxicos sustemicos<br>13. Daños ambientales<br>14. Incendios, explosiones | 1. Duracion de la exposicion<br>2. Via de entrada del organismo<br>3. Concentracion y composicion del quimico | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo<br>5. Equipos de primeros auxilios<br>6. certificacion de equipos de alturas y de trabajo de alturas autorizado para el personal | 1. Capacitaciones en riesgo químico<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP y EPCC adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, caucho, nitrilo, vaqueta, tapasidos de insercion y de copa, botas de material y de caucho de seguridad, tapabocas N95, overol)<br>4. Uso de equipos de alturas | 2 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo químico, trabajo en caliente y alturas<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal<br>4. Hojas de seguridad, fichas tecnicas<br>5. Medevac | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapasidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | CONDICIONES DE SEGURIDAD | 1. Condiciones de trabajo :<br>a- Exposición a la vía pública<br>b. Incompatibilidad de los usos del suelo<br>c. Trabajos en alturas, donde se genera caidas de diferente nivel.<br>d. zonas de trabajo con alta concurrencia de peatones y vehiculos. | 1. Mecanico<br>2. Electrico<br>3. Locativo<br>4. Tecnologico<br>5. Accidentes de transito<br>6. Publicos<br>7. Trabajo en Alturas<br>8. Espacios confinados | 1. Caidas a distinto y mismo nivel<br>2. Caida de Objetos<br>3. Seqy,llamientos<br>4. Golpes<br>5. Atropellamientos<br>6. Contactos electricos<br>7. Proyecciones de particulas<br>Contacto con sustancias químicas | Ninguno | Procedimiento para actividades en alturas | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP y EPCC adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, caucho, nitrilo, vaqueta, tapasidos de insercion y de copa, botas de material y de caucho de seguridad, tapabocas N95, overol) | 6 | 3 | 18 | Alto | 10 | II | 180 | II | NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO | 4 | 1. Ausentismos laboral<br>2. Perdidas materiales<br>3. Incapacidades medicas<br>4. Muerte | Ley 1562 de 2012<br>Resolución 4272 /2021 | Ninguno | Ninguno | 1. Identificar los peligros | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>2. Autocuido personal<br>4Curso trabajo en alturas | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapasidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, ) .<br>Utilización de equipos ePCC si se requieren. | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOLOGICO | 1. Condiciones del lugar de trabajo, donde se presente virus,bacterias, hongos entre otros. | 1. Virus<br>2. Bacterias<br>3. Hongos<br>4. Rickettias<br>5. Parasitos<br>6. Picaduras | 1. Infecciones<br>2. Alergias<br>3. Efectos toxicos o intoxicantes<br>4. Virus por bacterias o virales | 1. Zonas de trabajo y transito | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapasidos de insercion y de copa, botas de seguridad, | 2 | 3 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentismos laboral<br>2. Incapacidades medicas | 1. real decreto 2110 / 1995<br>2. real decreto 664- 97 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapasidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FENOMENOS NATURALES | 1. Condiciones de trabajo:<br>a. Vientos intensos<br>b. Lluvias fuertes e inundaciones<br>c. Sismos | 1. Sismo<br>2. Terremoto<br>3. Derrumbre<br>4. Vendabal<br>5. Inundacion<br>6. Precipitaciones | 1. Contaminacion<br>2. Atencion publica y daños | Ninguno | Ninguno | 5. Capacitaciones prevencion ante el desastre<br>2. Capacitacion Reduccion del riesgo de emergencia | 4 | 6 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Perdida de vides humanas<br>2. Infecciones<br>3. Destruccion de infraestructura | Norma 2113 de 01 nov de 2022 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones gestion del riesgo y desastres.<br>2. Autocuidado personal | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| CONSTRUCCIÓN | OFICINAS | INSTALACIONES ELECTRICAS<br>1. ADECUACIÓN SISTEMA PUESTA A TIERRA.<br>2. CANALIZACIONES, CAJAS Y TUBERIAS<br>3. INSTALACIÓN DE TABLEROS<br>4. METRAJE Y CONEXIÓN DE LUMINARIAS Y TOMAS<br>ADICIONES ELEVADOR, DE TOMAS ELÉCTRICAS Y PERSIANAS<br>5. PRUEBAS DE CONTINUIDAD, DE TOMAS ELÉCTRICAS Y PERSIANAS<br>FALSEADOS EN GENERAL Y DE REDES PROTECCIÓN, CABLEADO<br>6. ACABADOS<br>7. PINTURAS<br>8. MANTENIMIENTOS | | 0 | | PSICOSOCIALES | 1. Gestion organizacional<br>se puede producir estrés laboral por Conflicto en el trabajo, problemas familiares, mobbing, acoso laboral por terminacion de trabajos, acoso sexual, problemas de salud física, enfermedades cardiovasculares o trastornos musculoesqueléticos, | 1. Horarios de Trabajo<br>2. Roles de trabajo<br>3. Tiempos de descanso<br>4. Condiciones de la tarea a desarrollar<br>5. Insatisfaccion laboral<br>6. Problemas de relacion<br>7. desmotivacion laboral | 1. Cansancio<br>2. Fatiga<br>3. Estrés<br>4. Sindrome del trabajador quemado o burnout | Ninguno | 1. Definicion de roles<br>2. Pausas activas<br>4. Rotacion de trabajo<br>5. Descansos | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad .<br>2. Capacitaciones riesgo Psicosocial, inducciones, charlas | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades que no requieren incapacidad | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Promover un liderazgo activo<br>2. Mejoras el tipo de comunicación empleado - empresa | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Psicosocial<br>2. Pausas Activas<br>3. Definicion de Roles de trabajo<br>4. Trabajo en equipo | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FISICO | 1. Instalaciones electricas, acometidas, tableros<br>2. Instalaciones de redes electricas, cables aereas, subterraneas, acometidas, canalizaciones,<br>3. Suministros de terminales, faldillas, postes en concreto:<br>4. Instalaciones de subestaciones , transformadores<br>5. Pruevas metalicas, electricas,<br>6. Mantenimientos generales en red electricas,<br>transformadores , alumbrados, transferencia ausomatica, platas electricas<br>7. Instalaciones de tuberia PVC , metalica galvanizada, coraza, EMT, cajas de paso , cable encauchetado, paratayos<br>8. desmantelamientos, retiros, mantenimientos y limpueza de tableros, tanques<br>9. Instalacion de piloto, parada de emergencia, selector, interruptores, contactor, guardamotor, tomacorrientes, medidor de energia, gabinetes<br>10. Adecuaciones de salidas de gases plantas electricas, tanques de combustibles,<br>11. Baraje y puesta a tierra | 1. Impactos intermitentes y continuos<br>2. Luz visible por exceso o deficiencia<br>3. Temperaturas de calor y frio | 1. Atrapamientos<br>2. Cortes<br>3. Contactos electricos<br>4. contaduras<br>5. Golpes y caidas a diferente nivel<br>6. machucones<br>7. quemaduras<br>8. deslizamientos en trabajo en alturas<br>9. esquirles en ojos<br>10. Aplastamientos<br>11. Proyecciones<br>12. Exposicion al ruido<br>13. Vibraciones continuas por manejo de la maquinaria<br>14. Bajo nivel de atencion<br>15. estres<br>16. Sobre esfuerzos<br>17. Movimientos repetitivos | Ninguno | Ninguno | 5. Capacitaciones en riesgo físico, salidas de emergencia<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapasidos de insercion y de copa, botas de seguridad, overol)<br>4. EPP trabajo en alturas (certificados) | 4 | 6 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. quemaduras<br>2. afecciones respiratorias<br>3. Caidas a diferente nivel | 1. Resolución 4272 de 2021<br>2. Real decreto 1111/2005 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Físico, alturas<br>2. Pausas Activas<br>3. Inspecciones y preoperacionales de equipos, maquinarias y herramientas, equipos de alturas<br>4. Examenes medicos ocupacionales | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapasidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA<br>7. Permisos de trabajo, ATS, inspecciones preoperacionales de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOMECANICO | realizar los cortes de la tuberia, materiales para demoliciones y desmontes.<br>b. Traslado de materiales y maquinaria a las zonas de trabajo<br>d. Instalacion de Tuberia, cielo razo, accesorios.<br>e.Limpieza, orden y aseo en zonas de trabajo realizando traslagos de materiales a los puntos de acopio.<br>e. Levantamiento de cargas pesadas<br>f. Uso de pulidora ( trabajo en caliente)<br>g. Trabajo en alturas<br>h. Uso de maquinaria electrica y pesada, herramientas manual.<br>i. Diestinaciones manuales y con ayuda mecanica ( macetas, porros, demoledores) | 1. Posturas prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales<br>2. manipulacion de cargas forma manual<br>3. Movimientos repetitivos<br>4. Esfuerzo | 2. Tendinitis, tensosinitis<br>3. cortes o seccionamiento<br>4. De impacto, perforacion o puramiento<br>5. De friccion o abracion<br>6. Quemaduras<br>7. Aplastamiento<br>8. fracturas<br>9. esguinces<br>10. Machucones<br>11. Caidas mismo y diferente nivel<br>12. Equipos defectuosos<br>13. descargas electricas<br>14. Contacto indirecto y directo de electricidad<br>15. Corto circuito<br>16. Rayos<br>17. Sobrecargas<br>18. Tension de contacto o de paso<br>19. Incendios y/o explosion | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Preoperacionales de maquinarias y equipos de trabajo<br>5. Documentacion de maquinarias, equipos y operarios)<br>6. Equipos de primeros auxilios<br>7. certificacion de equipos de alturas y de trabajo de alturas autorizado para el personal | 1. Capacitacion en riesgo Biomecanico manipulacion de cargas.<br>2. Mitigacion del riesgo, uso de escaleras, andamios<br>4. Ayudas mecanicas<br>5. Uso de EPP de acuerdo a la actividad ( casco, botas de seguridad, guantes de nitrilo , gafas de seguridad,overol (dialecticos)<br>6. Uso de equipos de alturas | 3 | 4 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Muerte<br>2. Ausentismo laboral<br>3. incapacidades medicas | 1. resolucion 2846del 2007 jart 1 vigilancia epidemiologica ( Decreto 487 de 1997<br>Decreto 1477 de 2014<br>2. Resolucion 4272 de 2021 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo Biomecanico<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo trabajo en alturas y riesgo electrico<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Pausas Activas<br>4. Demarcacion , señalizacion de zonas de trabajo.<br>5. Elementos de primeros auxilios (botiquin, camilla, extintor) | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapasidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 5. SA<br>7. INS | | | QUIMICO | 1. Movimiento de materiales en los procesos constructivos que generan contraminantes para el medio ambiente y el ser humano:<br>a. Retiro , basura, elementos contaminados generados por trabajos de obra.<br>b. Cortes de metales con pulidora, ( trabajo en caliente) | 1. Polvos organicos e inorganicos<br>2. Fibras<br>3. Liquidos<br>4. Gases y vapores<br>5. Humos metalicos y no metalicos<br>6. Material particulado | 1. afectacion en vias respiratorias<br>3. Irritacion en Piel<br>4. Intoxicacion<br>6. proyecciones<br>7. Asma<br>8. sintomas de alergias<br>8. dificultades respiratorias | 1. Duracion de la exposicon<br>2. Via de entrada del organismo<br>3. Concentracion y composicion del quimico | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo | 1. Capacitaciones en riesgo quimico<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes caucho, nitrilo, carnza, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo quimico<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal<br>4. Hojas de seguridad, fichas tecnicas<br>5. Medevac | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | CONDICIONES DE SEGURIDAD | 1. Condiciones de trabajo :<br>a- Exposición a la vía pública<br>b. Incompatibilidad de los usos del suelo<br>c, Trabajos en alturas, donde se genera caidas de diferente nivel.<br>d. zonas de trabajo con alta concurrencia de peatones y vehiculos. | 1. Mecanico<br>2. Electrico<br>3. Locativo<br>4. Tecnologico<br>5. Accidentes de transito<br>6. Publicos<br>7. Trabajo en Alturas<br>8. Espacios confinados | 1. Caidas a distinto y mismo nivel<br>2. Caida de Objetos<br>3. Sepultamientos<br>4. Golpes<br>5. Atropellamientos<br>6. Contactos electricos<br>7. Proyecciones de particulas<br>Contacto con sustancias quimicas | Ninguno | Plan de emergencias | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, caucho, nitrilo, vaqueta, tapaoidos de insercion y de copa, botas de material y de caucho de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentimos laboral<br>2. Perdidas materiales<br>3. Incapacidades medicas<br>4. Muerte | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Identificar los peligros<br>2. Solicitar las mejoras<br>3. identificar las salidas de emergencia<br>4, Plan de evacuacion | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOLOGICO | 1. Condiciones del lugar de trabajo, donde se presente virus,bacterias, hongos entre otros. | 1. Vuris<br>2. Bacterias<br>3. Hongos<br>4. Ricketsias<br>5. Parasitos<br>6. Picaduras<br>7. Mordeduras<br>8 Fluidos o excrementos | 1. Infecciones<br>2. Alergias<br>3. Efectos toxicos o intoxicantes<br>4. Virus por bacterias o virales | 1. Zonas de trabajo y transito | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 3 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentimos laboral<br>2. Incapacidades medicas | 1. real decreto 2110 / 1995<br>2. real decreto 664- 97 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FENOMENOS NATURALES | 1. Condiciones de trabajo:<br>a. Vientos intensos<br>b. Lluvias fuertes e inundaciones<br>c. Sismos | 1. Sismo<br>2. Terremoto<br>3. Derrumbre<br>4. Vendabal<br>5. Inundacion<br>6. Precipitaciones | 1: Contaminacion<br>2. Atencion publica y daños | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones prevencion ante el desastre<br>2. Capacitacion Reduciion del riesgo de emergencia | 4 | 6 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Perdida de vidas humanas<br>2. Infecciones<br>3. Destruccion de infraestrutura | Norma 2113 de 01 nov de 2022 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones gestion del riesgo y desastres.<br>2. Autocuidado personal | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| OPERATIVA | OPERATIVO | SEÑALIZACION DE ESPACIOS Y EDIFICIOS | ORDEN Y ASEO | SI | | PSICOSOCIALES | 1. Gestion organizacional<br>se puede producir estrés laboral por Conflicto en el trabajo, problemas familiares, mobbing, acoso laboral por terminacion de trabajos, acoso sexual, problemas de salud fisica, enfermedades cardiovasculares o trastornos muscoesqueleticos, | 1. Horarios de Trabajo<br>2. Roles de trabajo<br>3. Tiempos de descanso<br>4. Condiciones de la tarea a desarrolar<br>5. Insastifaccion laboral<br>6. Problemas de relacion<br>7. desmotivacion laboral | 1. Cansancio<br>2. Fatiga<br>3. Estrés<br>4. Sindrome del trabajador quemado o burnout | Ninguno | 1. Definicion de roles<br>3. Pausas activas<br>4. Rotacion de trabajo<br>5. Descansos | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad .<br>2. Capacitaciones riesgo Psicosocial, inducciones, charlas | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades que no requieren incapacidad | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Promover un liderazgo activo<br>2. Mejoras el tipo de comunicación empleado - empresa | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Psicosocial<br>2. Pausas Activas<br>3. Definicion de Roles de trabaio<br>4. Trabajo en equipo | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FISICO | 1. Desmontes y demoliciones<br>2. Protecccion de mamposteria de fachada y de acabados<br>3. Limpieza de muros, zonas de almacenamiento, en zonas exteriores , canales, en zonas de almacenamiento de productos quimicos | 1. Impactos intermitentes y continuos<br>2. Luz visible por exceso o deficiencia<br>3. Temperaturas de calor y frio | 1. cortaduras .<br>2.Golpes y caidas a diferente nivel<br>3. machocones<br>4. esquirlas en ojos<br>5. Proyecciones<br>6. Exposicion al ruido<br>7. Movimientos repetitivos | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones en riesgo fisico, salidas de emergencia<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, overol) | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Caidas a diferente nivel | 1. Resolución 4272 de 2021<br>2. Real decreto 1311/2005 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Fisico y ergonomico<br>2. Pausas Activas<br>3. Inspecciones y preoperacionales de equipos, maquinarias y herramientas,<br>4. Examenes medicos ocupacionales | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2, Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>6. Permisos de trabajo, ATS, inspecciones preoperacionales de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOMECANICO | 1. Condiciones de trabaj:<br>a-Uso de herramientas manuales para los desmontes y demoliciones de cerramientos provisionales ya sea en polisombra, madera y lonas ( trabajo repetitivo y de esfuerzo)<br>2. Retiro de basuras u escombros de forma manual realizando trasiegos a la zona de disposicion final.<br>3. Hidrofugados de piso, muros, fachadas ( ayuda mecanica con hidralavadora, escobas, cepillos, trabajo repetitivo)<br>4. Aseo general ( uso de escobas, gratas, recogedores)<br>Trabajos en alturas | 1. Posturas prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales<br>2. manipulacion de cargas forma manual<br>3. Movimientos repetitivos<br>4. Esfuerzo | 1. Dolores Lumbares , musculares<br>2. Tendinitis, tensonivitis<br>3. cortes o seccionamiento<br>4. De impacto, perforacion o punzamiento<br>5. De friccion o abracion<br>6. fracturas<br>7. esguinces<br>8. Machucones<br>9. Caidas mismo y diferente nivel<br>10. Contacto indirecto y directo de electricidad<br>11. movimientos repetitivos | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Preoperacionales de maquinarias y equipos de trabajo<br>5. Documentacion de maquinarias, equipos y operarios)<br>6. Equipos de primeros auxilios | 1. Capacitacion en riesgo Biomecanico manipulacion de cargas.<br>2. Mitigacion del riesgo, uso de escaleras, andamios<br>4. Ayudas mecanicas<br>5. Uso de EPP de acuerdo a la actividad ( casco, botas de seguridad, guantes de nitrilo , gafas de seguridad,overol<br>6. Uso de equipos de alturas | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Muerte<br>2. Ausentimos laboral<br>3. Incapacidades medicas | 1. resolucion 2844del 2007 (art 1 vigilancia epidemilogica )<br>Decreto 487 de 1997<br>Decreto 1477 de 2014 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo Biomecanico<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo trabajo en alturas.<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Pausas Activas<br>4. Demarcacion , señalizacion de zonas de trabajo.<br>5. Elementos de primeros auxilios (botiquin, camilla, extintor) | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA<br>7. Puntos de hidratacion<br>8. Charlas informativas para la prevencion de riesgos | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | QUIMICO | 1. Movimiento de materiales en los procesos constructivos que generan contraminantes para el medio ambiente y el ser humano:<br>a. hidrofugado con componentes quimicos para lavar ladrillo, granito, arcilla, marmol, piedra, concreto , pañete , barro, cal. ( acido muriatico, sika,detergentes, | 1. Polvos organicos e inorganicos<br>2. Fibras<br>3. Liquidos<br>4. Gases y vapores<br>5. Humos metalicos y no metalicos<br>6. Material particulado | 1. afectacion en vias respiratorias<br>2. Irritacion en Piel<br>3. Intoxicacion<br>4. proyecciones<br>5. sintomas de alergias<br>6. dificultades respiratorias<br>7. salpicaduras<br>8. quemaduras<br>9. Asfixias<br>10. Toxicos sustemicos<br>11. Daños ambientales | 1. Duracion de la exposicon<br>2. Via de entrada del organismo<br>3. Concentracion y composicion del quimico | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo<br>5. Equipos de primeros auxilios<br>6. certificacion de equipos de l | 1. Capacitaciones en riesgo quimico<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes caucho, nitrilo, carnza, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Enfermedades ocupacionales | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo quimico, trabajo en caliente y alturas<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal<br>4. Hojas de seguridad, fichas tecnicas<br>5. Medevac | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | CONDICIONES DE SEGURIDAD | 1. Condiciones de trabajo :<br>a- Exposición a la vía pública<br>b. Incompatibilidad de los usos del suelo<br>c, Trabajos en alturas, donde se genera caidas de diferente nivel.<br>d. zonas de trabajo con alta concurrencia de peatones y vehiculos. | 1. Mecanico<br>2. Electrico<br>3. Locativo<br>4. Tecnologico<br>5. Accidentes de transito<br>6. Publicos<br>7. Trabajo en Alturas<br>8. Espacios confinados | 1. Caidas a distinto y mismo nivel<br>2. Caida de Objetos<br>3. Sepultamientos<br>4. Golpes<br>5. Atropellamientos<br>6. Contactos electricos<br>7. Proyecciones de particulas<br>Contacto con sustancias quimicas | Ninguno | Plan de emergencias | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, caucho, nitrilo, vaqueta, tapaoidos de insercion y de copa, botas de material y de caucho de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentimos laboral<br>2. Perdidas materiales<br>3. Incapacidades medicas<br>4. Muerte | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Identificar los peligros<br>2. Solicitar las mejoras<br>3. identificar las salidas de emergencia<br>4, Plan de evacuacion | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOLOGICO | 1. Condiciones del lugar de trabajo, donde se presente virus,bacterias, hongos entre otros. | 1. Vuris<br>2. Bacterias<br>3. Hongos<br>4. Ricketsias<br>5. Parasitos<br>6. Picaduras<br>7. Mordeduras<br>8 Fluidos o excrementos | 1. Infecciones<br>2. Alergias<br>3. Efectos toxicos o intoxicantes<br>4. Virus por bacterias o virales | 1. Zonas de trabajo y transito | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapabocas N95, overol) | 2 | 3 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 6 | 1. Ausentimos laboral<br>2. Incapacidades medicas | 1. real decreto 2110 / 1995<br>2. real decreto 664- 97 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FENOMENOS NATURALES | 1. Condiciones de trabajo:<br>a. Vientos intensos<br>b. Lluvias fuertes e inundaciones<br>c. Sismos | 1. Sismo<br>2. Terremoto<br>3. Derrumbre<br>4. Vendabal<br>5. Inundacion<br>6. Precipitaciones | 1: Contaminacion<br>2. Atencion publica y daños | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones prevencion ante el desastre<br>2. Capacitacion Reduciion del riesgo de emergencia | 4 | 6 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 19 | 1. Perdida de vidas humanas<br>2. Infecciones<br>3. Destruccion de infraestrutura | Norma 2113 de 01 nov de 2022 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones gestion del riesgo y desastres.<br>2. Autocuidado personal | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| S | | | oyectos en ejecución, llevar las bitácoras, realizar informes técnicos de obra. | | | PSICOSOCIALES | 1. Gestion organizacional<br>se puede producir estrés laboral por Conflicto en el trabajo, problemas familiares, mobbing, acoso laboral por terminacion de trabajos, acoso sexual, problemas de salud fisica, enfermedades cardiovasculares o trastornos muscoesqueleticos, | 1. Horarios de Trabajo<br>2. Roles de trabajo<br>3. Tiempos de descanso<br>4. Condiciones de la tarea a desarrolar<br>5. Insastifaccion laboral<br>6. Problemas de relacion<br>7. desmotivacion laboral | 1. Cansancio<br>2. Fatiga<br>3. Estrés<br>4. Sindrome del trabajador quemado o burnout | Ninguno | 1. Definicion de roles<br>3. Pausas activas<br>4. Rotacion de trabajo<br>5. Descansos | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad .<br>2. Capacitaciones riesgo Psicosocial, inducciones, charlas | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 19 | 1. Enfermedades que no requieren incapacidad | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | 1. Promover un liderazgo activo<br>2. Mejoras el tipo de comunicación empleado - empresa | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Psicosocial<br>2. Pausas Activas<br>3. Definicion de Roles de trabaio<br>4. Trabajo en equipo | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FISICO | 1 Ruido<br>2Iluminación<br>3 radiación no ionizante por utilización deequipos de computo | 1. Impactos intermitentes y continuos<br>2. Luz visible por exceso o deficiencia<br>3. Temperaturas de calor y frio | Quemadura<br>Insolación<br>Cefalea<br>Mareo<br>Deshidratación | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones en riesgo fisico,<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion, botas de seguridad) | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 19 | 1. Caidas a diferente nivel | 1. Resolución 4272 de 2021<br>2. Real decreto 1311/2005 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el Riesgo Fisico y ergonomico<br>2. Pausas Activas<br>3. Inspecciones y preoperacionales de equipos, maquinarias y herramientas,<br>4. Examenes medicos ocupacionales | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol)<br>2, Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>6. Permisos de trabajo, ATS, inspecciones preoperacionales de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOMECANICO | Posturas prolongadas<br>Movimінetos repetitivos | 1. Posturas prolongada, mantenida, forzada, antigravitacionales<br>2. manipulacion de cargas forma manual<br>3. Movimientos repetitivos<br>4. Esfuerzo | 1. Dolores Lumbares , musculares<br>2. Tendinitis, tensonivitis | Ninguno | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo | 1. Capacitacion en riesgo Biomecanico manipulacion de cargas. | 2 | 2 | 4 | Bajo | 10 | II | 40 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 19 | 1. Muerte<br>2. Ausentimos laboral<br>3. Incapacidades medicas | 1. resolucion 2844del 2007 (art 1 vigilancia epidemilogica )<br>Decreto 487 de 1997<br>Decreto 1477 de 2014 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo Biomecanico<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Pausas Activas | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaoidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVIDADES OPERATIVO ADMINISTRATIVA | ADMINISTRACIÓN | ADMINISTRATIVO CORE | Planta de, organizar, coordinar, dirigir, controlar y ejecutar las procesos de la Salud con políticas y documentación de pr | | | QUIMICO | 1. Movimiento de materiales en los procesos constructivos que generan contraminantes para el medio ambiente y el ser humano<br>2 Químicos utilizados en el proyecto. | 1. Polvos organicos e inorganicos<br>2. Fibras<br>3. Liquidos<br>4. Gases y vapores<br>5. Humos metalicos y no metalicos<br>6. Material particulado | 1. afectacion en vias respiratorias<br>2. Irritacion en Piel<br>3. Intoxicacion<br>4. proyecciones<br>5. sintomas de alergias<br>6. dificultades respiratorias<br>7. salpicaduras<br>8. quemaduras<br>9. Asfixias<br>10. Toxicos sustemicos<br>11. Daños ambientales | 1. Duracion de la exposicion<br>2. Via de entrada del organismo<br>3. Concentracion y compocicion del químico | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo<br>5. Equipos de primeros auxilios<br>6. certificacion de equipos de l | 1. Capacitaciones en riesgo químico<br>Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes caucho, nitrilo, carnaz, tapaidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapaboca N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 19 | 1. Enfermedades ocupacionales | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones sobre el riesgo químico, trabajo en caliente y alturas<br>2. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>3. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal<br>4. Hojas de seguridad, fichas tecnicas<br>5. Medevac | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol)<br>2. Señalizacion zonas de trabajo<br>3. Demarcacion zonas de trabajo<br>4 Orden y aseo<br>5. Capacitaciones trabajo en alturas<br>6. Inspecciones equipos de TA | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | CONDICIONES DE SEGURIDAD | 1. Condiciones de trabajo :<br>Exposicion a la via publica<br>Uso de herramientas o materiales que proyecte solidos o fluidos<br>Medios de almacenamiento de materiales<br>Caida de objetos del mismo nivel<br>Condiciones de orden y aseo | 1. Mecanico<br>2. Electrico<br>3. Locativo<br>4. Tecnologico<br>5. Públicos | 1. Caidas a distinto y mismo nivel<br>2. Caida de Objetos<br>3. Golpes<br>4. Contactos electricos<br>5. Proyecciones de particulas | Ninguno | Plan de emergencias | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, caucho, nitrilo, vaqueta, tapaidos de insercion y de copa, botas de material y de caucho de seguridad, tapaboca N95, overol) | 2 | 4 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 19 | 1. Ausentimos laboral<br>2. Perdidas materiales<br>3. Incapacidades medicas | Ley 1562 de 2012 | Ninguno | Ninguno | | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaidos de insercion, guantes de nitrilo, botas de seguridad) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | BIOLOGICO | 1. Condiciones del lugar de trabajo, donde se presente virus,bacterias, hongos entre otros. | 1. Virus<br>2. Bacterias<br>3. Hongos<br>4. Rickettias<br>5. Parasitos<br>6. Picaduras<br>7. Mordeduras<br>8 Fluidos o excrementos | 1. Infecciones<br>2. Alergias<br>3. Efectos toxicos o intoxicantes<br>4. Virus por bacterias o virales | 1. Zonas de trabajo y transito | 1. Examenes ocupacionales<br>2. Inspecciones de zonas de trabajo<br>3. Tiempo de ejecucion del trabajo<br>4. Control del riesgo | 1. Charlas informativas para la prevencion del riesgo<br>3. Uso de EPP adecuados a la actividad ( casco, monogafas, guantes, tapaoidos de insercion y de copa, botas de seguridad, tapaboca N95, overol) | 2 | 3 | 6 | Medio | 10 | II | 60 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 19 | 1. Ausentimos laboral<br>2. Incapacidades medicas | 1. real decreto 2110 / 1995<br>2. real decreto 664- 97 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitar al personal sobre el autocuidado y sobre el riesgo<br>2. Examenes medicos ocupacionales<br>3. Autocuido personal | 1. Uso de EPP adecuados a la actividad (Casco, monogafas, tapabocas, tapaidos de insercion y de copa, guantes de nitrilo, guantes de caucho, botas de seguridad, overol) | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |
| | | | | | | FENOMENOS NATURALES | 1. Condiciones de trabajo:<br>a. Vientos intensos<br>b. Lluvias fuertes e inundaciones<br>c. Sismos | 1. Sismo<br>2. Terremoto<br>3. Derrumbre<br>4. Vendaval<br>5. Inundacion<br>6. Precipitaciones | 1: Contaminacion<br>2. Atencion publica y daños | Ninguno | Ninguno | 1. Capacitaciones prevencion ante el desastre<br>2. Capacitacion Reduccion del riesgo de emergencia | 4 | 6 | 8 | Medio | 10 | II | 80 | III | ACEPTABLE, MEJORAR EL CONTROL EXISTENTE | 19 | 1. Perdida de vidas humanas<br>2. Infecciones<br>3. Destruccion de infraestruura | Norma 2113 de 01 nov de 2022 | Ninguno | Ninguno | Medidas preventivas | 1. Capacitaciones gestion del riesgo y desastres.<br>2. Autocuidado personal | Ninguno | RESIDENTE HSEQ, INSPECTOR SST |

# Anexo 15

## Certificado Persona Protegido Constitucionalmente

REPUBLICA DE COLOMBIA
PERSONERIA MUNICIPAL
EL BANCO MAGDALENA
NIT. 819.002.038 - 1

**LA SUSCRITA PERSONERA MUNICIPAL DE EL BANCO MAGDALENA**

CERTIFICA:

Que el señor (a) **AIDE BOTELLO CARDENAS**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.22.820.855 expedida en Barranco de Loba, Bolívar, compareció ante esta Personería Municipal, con el objeto de rendir declaración como persona desplazado por la violencia y aparece inscrito en el Registro Único de Población Desplazada con el código 472453228208555.

Su núcleo familiar esta compuesto por: **FREDYS ROMERO MEJIA** (Compañero), **YINA PAOLA ROMERO RAMIREZ**, **JHON FREDIS ROMERO BOTELLO**, **SEBASTIAN ROMERO BOTELLO** y **CARLOS ROMERO BOTELLO** (Hijos).

Se expide la presente certificación en El Banco Magdalena, a los veintiséis (26) días del mes de Enero de 2009.

ESPERANZA CAMPO BERMUDEZ
Personera Municipal

urgencia manifiesta o extrema vulnerabilidad.

Que, en aras de dar cumplimiento a lo dispuesto en el presente acto administrativo, es importante que la información respecto de su solicitud y datos de contacto se mantenga actualizada.

Que, una vez se disponga de los recusos para hacer efectiva la medida de indemnización administrativa y el destinatario no se presente en el tiempo establecido a hacer efectivo el cobro de los recursos, se reintegrarán a las cuentas del tesoro nacional y se deberá iniciar un proceso de reprogramación de la indemnización.

Que, de conformidad con lo previsto en los artículos 198 y 199 de la Ley 1448 de 2011, si la Unidad para las Víctimas encontrare que alguna(s) de las persona(s) incluidas en esta resolución se les reconoció el derecho a la indemnización administrativa, sin haber sido realmente afectada(s), directa o indirectamente, por un hecho perpetrado con ocasión del conflicto armado interno, o si la indemnización fue recibida usando algún tipo de fraude o engaño, además de las sanciones penales a que haya lugar, la(s) persona(s) de que trate perderá(n) todos los derechos que le otorga la Ley 1448 de 2011 y deberá(n) reembolsar las sumas de dinero o bienes que haya recibido de parte del Estado, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar.

Que, en mérito de lo expuesto, el Director Técnico de Reparación de la Unidad para las Víctimas, actuando en virtud de los principios y reglas previstos en la Ley 1448 de 2011, y la Resolución No. 01332 del 1 de abril de 2019,

**RESUELVE**

**ARTÍCULO 1:** Reconocer el derecho a la medida de indemnización administrativa por el hecho victimizante de DESPLAZAMIENTO FORZADO al grupo familiar que se describe a continuación, conforme a las razones expuestas en el presente acto administrativo.

| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|
| DUVAN ARLEY WILCHEZ TEJEDA | CEDULA DE CIUDADANIA | 1031804034 | HIJO(A) | 20.00% |
| ROSA ENITTA BALAGUERA TEJEDA | CEDULA DE CIUDADANIA | 1012426147 | HIJO(A) | 20.00% |
| JUAN ESTEBAN TORRES BALAGUERA | REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO | 1028843764 | NIETO(A) | 20.00% |
| JOSE LUIS CADENA MANGA | CEDULA DE CIUDADANIA | 85451006 | OTROS PARIENTES | 20.00% |
| ARELIS ESTHER TEJEDA ORTIZ | CEDULA DE CIUDADANIA | 57444286 | JEFE(A) DE HOGAR | 20.00% |

**ARTÍCULO 2:** Aplicar el Método Técnico de Priorización , con el fin de determinar el orden de asignación de turno para el desembolso de la medida de indemnización administrativa, de manera proporcional a los recursos apropiados en la respectiva vigencia fiscal, de conformidad con las razones señaladas en el presente acto administrativo, a la(s) siguiente(s) persona(s):

| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE | PARENTESCO CON EL |
|---|---|---|---|



Powered by CamScanner