LIMACOR	**INFORME GESTIONES SGI**	Código: FMT021 Versión:001 Fecha:24/10/2023 Pagina: 1

PROYECTO			
Ubicación del Proyecto / Alcance:	**PALACIO DE JUSTICIA- RAMA JUDICIAL- SRPA**		
Area Tecnica / Residente	**ARQUITECTA- VALENTINA BUITRAGO VILLEGAS**		
Area SST / Residente	**DIANA JULIETH DUQUE GOMEZ**		
MES DE INFORME	**FEBRERO**	**PROYECTO No.**	
Fecha Inicio :	**03/02/2024**	Fecha Finalización :	**08/02/2024**
Fecha Inicio :	**10/02/2024**	Fecha Finalización :	**15/02/2024**
Fecha Inicio :	**17/02/2024**	Fecha Finalización :	**22/02/2024**
Fecha Inicio :	**24/02/2024**	Fecha Finalización :	**28/02/2024**

TOTAL TRABAJADORES / HORAS HOMBRES

TRABAJADORE EN OBRA	S1	S2	S3	S4	HORAS HOMBRES	S1	S2	S3	S4
FUNCIONARIOS LIMACOR A LA SEMANA	3	3	3	2	**TOTAL HORAS HOMBRE A LA SEMANA**	141	141	141	94
Promedio De Empleado LIMACOR En el Mes	3				**Total H.H Trabajadas Al Mes Del Persona LIMACOR**	**517**			

CHARLAS S.S.T REALIZADA DURANTE EL MES

No. Charlas de Seguridad Programadas.	S1	S2	S3	S4	No. Charlas de Seguridad realizadas	S1	S2	S3	S4
	1	6	3	4		1	6	3	4
% De Cumplimiento	**S1**	**100%**	**S2**	**100%**	**% De Cumplimiento**	**S3**	**100%**	**S4**	**100%**

Tema Programada Para Realizar En La Semana #1	Tema Programada Para Realizar En La Semana #2
Lu: N/A	**Lu: Socialización politica SST**
Ma: N/A	**Ma: Socialización identificación de peligros y valoración de los riesgos**
Mi N/A	**Mi Socialización plan de mergencias**
Ju: N/A	**Ju: Socialización procedimientos seguros de trabajo**
Vi: N/A	**Vi: Charla de seguridad inspección de herramientas**
Sa: Charla de seguridad riesgos peligros asociados a la labor	**Sa: Charla de seguridad reporte de condiciones inseguras**
Do: N/A	**Do: N/A**
Tema Programada Para Realizar En La Semana #3	**Tema Programada Para Realizar En La Semana #4**
Lu: Socialización rutas de evacuación y punto de encuentro en caso de emergencias	**Lu: Charla de seguridad Resolución 4272/2021 trabajo en alturas**
Ma: Que hacer en caso de emergencias	**Ma: Charla cuales son los riesgos en un trabajo en alturas**
Mi Primeros auxilios básicos	**Mi Charla cuales son las medidas de seguridad para trabajo en alturas**
Ju: N/A	**Ju: Charla normas de seguridad para trabajo en alturas**
Vi: N/A	**Vi: N/A**
Sa: N/A	**Sa: N/A**
Do: N/A	**Do: N/A**

ACTOS Y CONDICIONES SUBESTANDAR / CONDICIONES DE SALUD

Descripcion Y Seguimiento :

DESCRIPCION	FECHA	CAUSAS	PLAN DE ACCION	LECCIÒN APRENDIDA		STATUS
				SI	NO	
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**			**N/A**

N/A	N/A	N/A	N/A			N/A

EVENTOS PRESENTADO S.S.T DURANTE EL MES

DESCRIPCION (Abreviada)	FECHA	CAUSAS	PLAN DE ACCIÒN	LECCION APRENDIDA		STATUS
				SI	NO	
N/A	N/A	N/A	N/A			N/A

ACCIDENTE E INCIDENTES	S1	S2	S3	S4	CAUSA DE LESIÓN	S1	S2	S3	S4
Incidentes Ambientales	0	0	0	0	Tropezones, resbalones o caídas	0	0	0	0
Incidentes Seguridad	0	0	0	0	Lesiones de los Ojos	0	0	0	0
Casos de Primeros Auxilios en Locación	0	0	0	0	Objetos que Caen	0	0	0	0
Casos de Primeros Auxilios Médicos	0	0	0	0	Manipulación de Materiales	0	0	0	0
Casos de Tratamiento Medico	0	0	0	0	Golpeado por	0	0	0	0
Casos de Trabajo Restringido	0	0	0	0	Golpeado Contra	0	0	0	0
Accidentes Incapacitantes	0	0	0	0	Atrapado en o entre	0	0	0	0
Número de Días de Trabajo Restringido	0	0	0	0	Otras (Fatiga Muscular)	0	0	0	0
Número de días de Incapacidad	0	0	0	0	Otros	0	0	0	0
TOTAL CASOS	**0**	**0**	**0**	**0**	**No. TOTAL DE LESIONES**	**0**	**0**	**0**	**0**

ENFERMEDAD GENERAL	S1	S2	S3	S4	AUSENCIA NO JUSTIFICADA	S1	S2	S3	S4
No. De Días De Incapacidad	0	0	0	0	No. de días no trabajados.	0	0	0	0
No. Total De Incapacidades.	0	0	0	0	No. Total de Dias NO Traba.	0	0	0	0

DESCRIPCION DE LAS GESTIONES REALIZADAS

DESCRIPCION (Abreviada)	FECHA	AREA	SUPERVISOR	CANTIDAD DE PERSONAS	PERMISO DE TRABAJO Nº
Charla de seguridad riesgos peligros asociados a la labor	08/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Socialización politica SST	10/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Socialización identificación de peligros y valoración de los riesgos	11/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Socialización plan de mergencias	12/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Socialización procedimientos seguros de trabajo	13/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Charla de seguridad inspección de herramientas	14/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Charla de seguridad reporte de condiciones inseguras	15/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Socialización rutas de evacuación y punto de encuentro en caso de emergencias	17/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Que hacer en caso de emergencias	18/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Primeros auxilios básicos	19/02/2025	SST	Diana Duque	2	0
Charla de seguridad Resolución 4272/2021 trabajo en alturas	24/02/2025	SST	Diana Duque	1	0
Charla cuales son los riesgos en un trabajo en alturas	25/02/2025	SST	Diana Duque	1	0
Charla cuales son las medidas de seguridad para trabajo en alturas	26/02/2025	SST	Diana Duque	1	0
Charla normas de seguridad para trabajo en alturas	27/02/2025	SST	Diana Duque	1	0
Entrega EPP Jhon Fredy Hernandez	08/02/2025	SST	Diana Duque	1	0

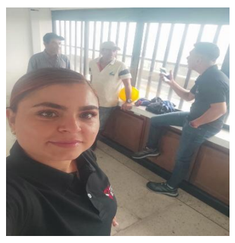
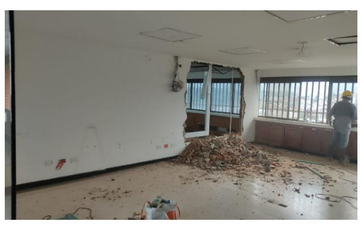
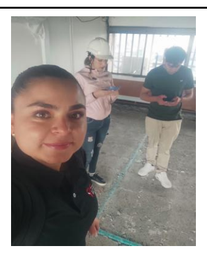
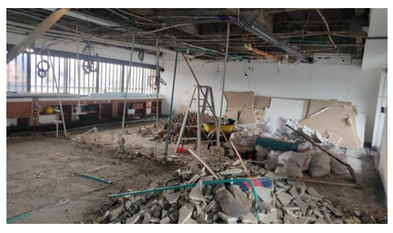
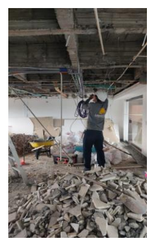
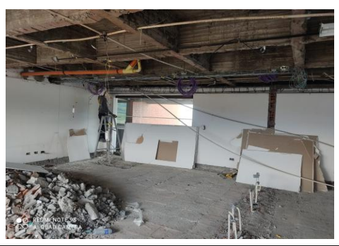
Entrega EPP Jhon Edier Hoyos	08/02/2025	SST	Diana Duque	1	0
Entrega EPP Luis Carlos Fernandez	17/02/2025	SST	Diana Duque	1	0
Inducción SST Jhon Fredy Hernandez	08/02/2025	SST	Diana Duque	1	0
Inducción SST Jhon Edier Hoyos	08/02/2025	SST	Diana Duque	1	0
Inducción SST Luis Carlos Fernandez	17/02/2025	SST	Diana Duque	1	0
Permiso trabajo en altura	17/02/2025 21-02-2025	SST	Diana Duque	1	1
ATS	17/02/2025 21-02-2025	SST	Diana Duque	1	1
Inspección escaleras	12/02/2025 17-02-2025	SST	Diana Duque	0	1
Inspección preoperacional taladro	08/02/2025	SST	Diana Duque	0	1

DATOS CORPORATIVOS			
Funcionario	**Cargo**	**Correo**	**Celular**
Marcela Corononado	**Ingeniera**	mcoronado@limacormy.co	**3172390783**
Valentina Buitrago Villegas	**Arquitecta**	valentina-099@hotmail.com	**3133785914**
Diana Duque	**Residente SST**	diana.yesst@gmail.com	**3218356435**

Diligenciado por: Diana Duque	**Fecha: 8-03-2025**	

LIMACOR	**REGISTRO FOTOGRAFICO**	Código: FMT021 Versión: 001 Fecha: 24/10/2023 Pagina: 2

Proyecto:	**Ubicación del Proyecto:**	**PROYECTO No.**

			
Charla de seguridad SST	Inspección EPP	Charla de seguridad	Reunión interventora SST
			
Supervisión SST	Supervisión SST	Charla de seguridad SST	Punto de acopio escombros
			
Charla de seguridad SST	Supervisión SST	Punto de acopio escombros	Supervisión SST
			
Supervisión SST	Charla de seguridad SST	Acompañamiento retiro de escombros	Acompañamiento retiro de escombros

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-38
		VERSIÓN: 1
	REGISTRO CHARLA PREOPERACIONAL	FECHA: 09/08/2023

Responsable / SST	Oscar Sarmiento Duque G.		
Proyecto	Rama Judicial	Ciudad	Pereira.

Tema diario

DIA SEMANAL	DIA	MES	AÑO	TEMA
Lunes	—	—	—	— o —
Martes	—	—	—	— o —
Miercoles	—	—	—	— o —
Jueves	—	—	—	— o —
Viernes	—	—	—	— o —
Sabado	08	02	2025	Charla de Seguridad Riesgos Prevalentes asociados a la labor
Domingo				

Registro (Firmar diariamente en cada espacio por el trabajador)

No	Nombres y apellidos	Identificacion	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
1	Jhon Edgar Hoyos	10022807	—	—	—	—	—	Jhon Edgar	
2	Jhon Freddy Hernandez	16400553	—	—	—	—	—	Jhon	

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-36
		VERSIÓN: 1
	REGISTRO CHARLA PREOPERACIONAL	FECHA: 09/08/2023

Responsable / SST	Orlando Rueda Duque.		
Proyecto	Ramal Judicial	Ciudad	Pereira Risaralda

Tema diario

DIA SEMANAL	DIA	MES	AÑO	TEMA
Lunes	10	02	2025	Socialización Política SST
Martes	11	02	2025	Socialización identificación de peligros valoración de los riesgos
Miercoles	12	02	2025	Socialización plan de emergencias.
Jueves	13	02	2025	Socialización procedimientos seguros de trabajo.
Viernes	14	02	2025	Charla de seguridad inspección de herramientas
Sabado	15	02	2025	Charla de seguridad. Reporte de condiciones inseguras.
Domingo				

Registro (Firmar diariamente en cada espacio por el trabajador)

No	Nombres y apellidos	Identificacion	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
1	Jhon Edier Yepes	1002280?-	Jhon Edier	Jhon Edier	Jhon Edier	Jhon Edier	Jhon Edier	Jhon Edier	
2	Jhon Fredy Hernandez	16400553.	hon	hon	hon	hon	hon	hon	

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-38
		VERSIÓN: 1
	REGISTRO CHARLA PREOPERACIONAL	FECHA: 09/08/2023

Responsable / SST	Edgar S. Ávila Gomez		
Proyecto	Rama Judicial	Ciudad	Pereira Risaralda

Tema diario

DIA SEMANAL	DIA	MES	AÑO	TEMA
Lunes	17	02	2025	Socialización Rutas de evacuación y punto de encuentro en caso de emergencia
Martes	18	02	2025	Que hacer en caso de emergencia
Miercoles	19	02	2025	Primeros auxilios básicos.
Jueves				
Viernes				
Sabado				
Domingo				

Registro (Firmar diariamente en cada espacio por el trabajador)

No	Nombres y apellidos	Identificacion	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
1.	Edgar Sneider Avila Gomez	1005443433							

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-36
		VERSIÓN: 1
	REGISTRO CHARLA PREOPERACIONAL	FECHA: 09/08/2023

Responsable / SST	Brand Supervisor 6.		
Proyecto	Rama Judicial - SPA	Ciudad	Preoperacional

Tema diario

DIA SEMANAL	DIA	MES	AÑO	TEMA
Lunes	24	02	2025	Charla de Seguridad. Resolución 4272/2021 trabajo alturas.
Martes	25	02	2025	Charla de seguridad cuales son los riesgos en un trabajo en altura.
Miercoles	26	02	2025	Charla, cuales son las medidas de seguridad para trabajo en alturas
Jueves	27	02	2025	Charla normas de seguridad para trabajo en alturas.
Viernes				
Sabado				
Domingo				

Registro (Firmar diariamente en cada espacio por el trabajador)

No	Nombres y apellidos	Identificacion	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
1	Luis Carlos Fernandez.	1082885259	Luis Fernandez	Luis Fernandez	Luis Fernandez	Luis Fernandez			

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-27
		VERSIÓN: 1
	ENTREGA DE DOTACION	FECHA: 23/06/2023

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA
Juan Pablo Hernandez	OBLEO	1644005503	08 02 2025

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO ENTREGADO:	REFERENCIA	TALLA	CANTIDAD	OBSERVACIONES
CASCO	-0-	-0-	1	
GOGGLES	-0-	-0-	1	
GUANTES	-0-	-0-	1	
PROTECTOR RESPIRATORIO	-0-	-0-	1	

Nombre de quien entrega

Nombre y firma de quien recibe:

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO ENTREGADO:	REFERENCIA	TALLA	CANTIDAD	FECHA ENTREGA		
				OBSERVACIONES		

Nombre y firma de quien entrega:

Nombre y firma de quien recibe:

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO ENTREGADO:	REFERENCIA	TALLA	CANTIDAD	FECHA ENTREGA		
				OBSERVACIONES		

Nombre y firma de quien entrega:

Nombre y firma de quien recibe:

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-27
		VERSIÓN: 1
	ENTREGA DE DOTACION	FECHA: 23/06/2023

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA
Jhon Edier Hoyos	Aseo	1002207	09 / 02 / 2023

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO ENTREGADO:	REFERENCIA	TALLA	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Casco	-0-	-0-	1	
Gafas	-0-	-0-	1	
Guantes	-0-	-0-	1	
Protector respiratorio	-0-	-0-	1	

Nombre de quien entrega

Nombre y firma de quien recibe:

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO ENTREGADO:	REFERENCIA	TALLA	CANTIDAD	FECHA ENTREGA / OBSERVACIONES

Nombre y firma de quien entrega:

Nombre y firma de quien recibe:

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO ENTREGADO:	REFERENCIA	TALLA	CANTIDAD	FECHA ENTREGA / OBSERVACIONES

Nombre y firma de quien entrega:

Nombre y firma de quien recibe: Jhon Edier 1/02/23

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-27
		VERSIÓN: 1
	ENTREGA DE DOTACION	FECHA: 23/06/2023

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	IDENTIFICACIÓN	FECHA DE ENTREGA
Luis Carlos Fernandez	Obrero	1092385250	17 / 02 / 2023.

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO ENTREGADO:	REFERENCIA	TALLA	CANTIDAD	OBSERVACIONES
CASCO	— o —	-o-	1	
GAFAS	— o —	-o-	1	

Nombre de quien entrega

Nombre y firma de quien recibe: luis carlos Fernandez

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO ENTREGADO:	REFERENCIA	TALLA	CANTIDAD	FECHA ENTREGA		
				OBSERVACIONES		

Nombre y fima de quien entrega:

Nombre y firma de quien recibe:

DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO ENTREGADO:	REFERENCIA	TALLA	CANTIDAD	FECHA ENTREGA		
				OBSERVACIONES		

Nombre y fima de quien entrega:

Nombre y firma de quien recibe:

LIMACOR MY S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) Jhon Edier Hoyos Castro identificado (a) con la cédula de Ciudadanía N. ª 1002280? de _____, recibió

INDUCCIÓN [✓] **REINDUCCIÓN** [ ]

El día 9 de Febrero 2025, en las instalaciones de la obra Remodelación Local. durante la jornada se le dieron a conocer aspectos generales del cargo, así mismo se resolvieron las dudas que surgieron durante dicho proceso.

Los temas vistos fueron:

1. Generalidades de la empresa, historia, misión y visión organizacional, principios, valores corporativos, entre otros.

2. **Seguridad y Salud en el Trabajo:** Política de Seguridad y Salud en el Trabajo - Direccionamiento A.R.L - Accidentes de trabajo –Comité de Convivencia – COPASST – Plan de Emergencias – Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial – Uso de E.P.P. – Notificación de riesgos – Roles y responsabilidades en SG-SST. Entrega de examen médico y auto reporte de condiciones de salud.

3. Específica del cargo: Posteriormente el jefe inmediato le brindará la Inducción directa del puesto de trabajo, en donde se profundizará en los aspectos específicos del cargo.

Dado en Pereira Risaralda., a los 9 días del mes de Febrero del año 2025

Jhon Edier Hoyos

Firma del Trabajador

Firma Gestor SST

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-16
		VERSIÓN: 1
	EVALUACION DE LA CAPACITACION	FECHA: 23/06/2023

EVALUACION INDUCCION

Fecha de Evaluación 08/02/2023

Nombre: Jhon Esteban Hoyos **Cargo:** Obrero

Este instrumento busca evidenciar la comprensión que usted presenta frente a los temas recibidosen la **inducción** o **reinducción**, responda las siguientes preguntas:

1. En relación con las siguientes afirmaciones, indica cuales están incluidas en la Política deSeguridad y Salud Ocupacional de la empresa:

(A) El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo va encaminado a promover y mantener elbienestar físico, mental y social de los trabajadores.
B. La empresa facilita todos los recursos económicos y humanos necesarios para la reducción de losaccidentes de trabajo, lesiones personales y enfermedades ocupacionales.
C. Facilita todos los recursos técnicos y humanos necesarios para conseguir que sea posible su visión de un escenario de cero daños.
D. Todas las anteriores.

2. Explique que es accidente de trabajo.

todo lo que pase dentro de nuestra jornada laboral, realizando nuestras funciones

3. ¿Que no se considera un accidente de trabajo?

lo q. sucede despues de terminar nuestra jornada de trabajo.

4. ¿Cómo actuaría en caso de accidente laboral?

Informo a mi JEFE inmediatamente

5. Por qué se debe implementar la salud en el Trabajo? Elija la respuesta correcta

A. Para que nos paguen mejor
B. Para lograr mejores condiciones laborales en la empresa
(C) Para evitar que se presenten accidentes de trabajo y enfermedad laborales
D. B y C son correctas

CALIFICACION 5

Jhon Esteban Hoyos

LIMACOR	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	Código:	FM-SST-23
		Fecha:	01/01/2023
	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión:	2

LIMACOR MY S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) Jhon Fredy Hernandez Agudelo identificado (a) con la cédula de Ciudadanía N. ª 1647553 de Toro Valle, recibió

INDUCCIÓN [✓] **REINDUCCIÓN** [ ]

El día 8 de febrero 2025, en las instalaciones de la obra Pereira Risaral. durante la jornada se le dieron a conocer aspectos generales del cargo, así mismo se resolvieron las dudas que surgieron durante dicho proceso.

Los temas vistos fueron:

1. Generalidades de la empresa, historia, misión y visión organizacional, principios, valores corporativos, entre otros.

2. **Seguridad y Salud en el Trabajo:** Política de Seguridad y Salud en el Trabajo - Direccionamiento A.R.L - Accidentes de trabajo –Comité de Convivencia – COPASST – Plan de Emergencias – Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial – Uso de E.P.P. – Notificación de riesgos – Roles y responsabilidades en SG-SST. Entrega de examen médico y auto reporte de condiciones de salud.

3. Específica del cargo: Posteriormente el jefe inmediato le brindará la Inducción directa del puesto de trabajo, en donde se profundizará en los aspectos específicos del cargo.

Dado en Pereira Risaralda., a los 8 días del mes de febrero del año 2025

Jhon Fredy

Firma del Trabajador

Firma Gestor SST

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-16
		VERSIÓN: 1
	EVALUACION DE LA CAPACITACION	FECHA: 23/06/2023

EVALUACION INDUCCION

Fecha de Evaluación (08/02/2023.

Nombre: JHON FREDY HERNANDEZ AGUILE **Cargo:**

Este instrumento busca evidenciar la comprensión que usted presenta frente a los temas recibidosen la **inducción** o **reinducción**, responda las siguientes preguntas:

1. En relación con las siguientes afirmaciones, indica cuales están incluidas en la Política deSeguridad y Salud Ocupacional de la empresa:

(A) El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo va encaminado a promover y mantener elbienestar físico, mental y social de los trabajadores.
B. La empresa facilita todos los recursos económicos y humanos necesarios para la reducción de losaccidentes de trabajo, lesiones personales y enfermedades ocupacionales.
C. Facilita todos los recursos técnicos y humanos necesarios para conseguir que sea posible su visión de un escenario de cero daños.
D. Todas las anteriores.

2. Explique que es accidente de trabajo.

TODO LO QUE PASE DENTRO DE NUESTRA JORNADA LABORAL, REALIZANDO NUESTRAS FUNCIONES

3. ¿Que no se considera un accidente de trabajo?

LO QUE SUCEDE DESPUES DE TERMINAR NUESTRA LABOR - JORNADA LABORAL

4. ¿Cómo actuaría en caso de accidente laboral?

INFORMAR A MI JEFE INMEDIATO

5. Por qué se debe implementar la salud en el Trabajo? Elija la respuesta correcta

A. Para que nos paguen mejor
B. Para lograr mejores condiciones laborales en la empresa
(C) Para evitar que se presenten accidentes de trabajo y enfermedad laborales
D. B y C son correctas

CALIFICACION 5

JHONFREDY

LIMACOR MY S.A.S.

CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) Luis Carlos Fernandez identificado (a) con la cédula de Ciudadanía N. ª 1092385250 de _____, recibió

INDUCCIÓN [✓] **REINDUCCIÓN** [ ]

El día 17 de Febrero/2025, en las instalaciones de la obra SRPA, durante la jornada se le dieron a conocer aspectos generales del cargo, así mismo se resolvieron las dudas que surgieron durante dicho proceso.

Los temas vistos fueron:

1. Generalidades de la empresa, historia, misión y visión organizacional, principios, valores corporativos, entre otros.

2. **Seguridad y Salud en el Trabajo:** Política de Seguridad y Salud en el Trabajo - Direccionamiento A.R.L - Accidentes de trabajo –Comité de Convivencia – COPASST – Plan de Emergencias – Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial – Uso de E.P.P. – Notificación de riesgos – Roles y responsabilidades en SG-SST. Entrega de examen médico y auto reporte de condiciones de salud.

3. Específica del cargo: Posteriormente el jefe inmediato le brindará la Inducción directa del puesto de trabajo, en donde se profundizará en los aspectos específicos del cargo.

Dado en Pereira Risaralda., a los 17 días del mes de Febrero del año 2025

Luis Fernandez

Firma del Trabajador

Firma Gestor SST

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-16
		VERSIÓN: 1
	EVALUACION DE LA CAPACITACION	FECHA: 23/06/2023

EVALUACION INDUCCION

Fecha de Evaluación (17/02/25 **)**

Nombre: LUIS CARLOS FERNANDEZ **Cargo:** OFICIAL

Este instrumento busca evidenciar la comprensión que usted presenta frente a los temas recibidosen la **inducción** o **reinducción**, responda las siguientes preguntas:

1. En relación con las siguientes afirmaciones, indica cuales están incluidas en la Política deSeguridad y Salud Ocupacional de la empresa:

A. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo va encaminado a promover y mantener elbienestar físico, mental y social de los trabajadores.
B. La empresa facilita todos los recursos económicos y humanos necesarios para la reducción de losaccidentes de trabajo, lesiones personales y enfermedades ocupacionales.
C. Facilita todos los recursos técnicos y humanos necesarios para conseguir que sea posible su visión de un escenario de cero daños.
D. Todas las anteriores.

2. Explique que es accidente de trabajo.

TODO SUCESO QUE OCURRA DENTRO DE LA JORNADA LABORAL.

3. ¿Que no se considera un accidente de trabajo?

LO QUE SUCEDA DESPUES DE MI JORNADA, PERMISOS PERSONALES

4. ¿Cómo actuaría en caso de accidente laboral?

INFORMO A MI JEFE INMEDIATO.

5. Por qué se debe implementar la salud en el Trabajo? Elija la respuesta correcta

A. Para que nos paguen mejor
B. Para lograr mejores condiciones laborales en la empresa
C. Para evitar que se presenten accidentes de trabajo y enfermedad laborales
D. B y C son correctas

CALIFICACION 5/.

LUIS CARLOS FERNANDEZ

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	Código:	SST-FO-21
		Fecha:	09/08/2023
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO	Versión:	2

PROYECTO Rama Judicial. **CIUDAD** Pereira Risa. **SERIE** — — —

MODELO — — **MARCA** Makita.

ESTADO: √ Correcto - X Incorrecto - NA No Aplica // Indicar la fecha en cada día

ÍTEM	VERIFICAR	PARÁMETRO	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB.	DOM.	OBSERVACIONES
1	CARCAZA	Sin grietas ni rupturas, sin piezas sueltas, tornillos de carcaza bien ajustados.						√		SE RECHAZA INSPECCION 8/02/25
2	MANDRIL	Sin golpes, dientes completos, bajo desgaste, que permitan el correcto alojamiento de la llave del mandril.						√		
3	INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y APAGADO	Que funcione, accionamiento suave de encendido y apagado, que este completo, sin fisuras						√		
4	BOTON PARA ENCLAVAMIENTO DE INTERRUPTOR	Verifique obturando el interruptor de encendido y a su vez el de enclavamiento para verificar su funcionamiento.						√		
5	SELECTOR DE VELOCIDADES	De facil accionamiento, que no este roto y sin fisuras.						√		
6	TORNILLO DE AJUSTE TOPE DE PROFUNDIDAD	Que no este rodado, que permita un ajuste firme y sin suciedad acumulada						√		
7	LLAVE DE AJUSTE MANDRIL	Que sus dientes esten completos y encajen en el orificio guia mandril y en la corona dentada.						√		
8	CABLE ELÉCTRICO Y CLAVIJA	Sin empalmes, bien aislada.						√		
9	FUNCIONAMIENTO GENERAL	No genera chispa ni huele a quemado durante el minuto de prueba No tiene vibraciones excesivas ni ruidos anormales durante el minuto de prueba.						√		
NOTA: **OPERAR EL EQUIPO SOLAMENTE DESPUÉS DE EJECUTAR LA INSPECCION.** **REALIZAR LA INSPECCIÓN CADA VEZ QUE SE USE EL EQUIPO.** **EN CASO DE ENCONTRAR UN HALLAZGO NEGATIVO, NO SE PODRA OPERAR EL EQUIPO, REPORTARLA SITUACION**		**FIRMA DEL TRABAJADOR QUE INSPECCIONA EL EQUIPO DIARIAMENTE**						Edier Soto Hoyos		**Observaciones: En caso de encontrara falla en el equipo describirla y comunicarla al residente SST, quien firmara en este espacio:**

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-34
		VERSIÓN: 2
	INSPECCIÓN DE ESCALERAS	FECHA: 09/08/2023

PROYECTO Rama Judicial. PERMISO DE TRABAJO N°. 1

CONDICIONES GENERALES			
	Se encuentra el area correctamente señalizada		
	Usan los elementos de proteccion personal necesarios (Casco, botas, guantes, gafas, arnés, barbuquejo)		
	Terreno o suelo nivelado y firme		

TIPO DE ESCALERA CERTIFICADAS: Mano, Tijera, Extendible

Para determinar escalera de material, se colocará la siguiente: (MT) Metalica y (FV) Fibra de Vidrio.

Para determinar los criterios de inspección se colocará la siguiente: (B) Bueno, (X) Malo, (N/A) No Aplica y (R) Reemplazo

ESCALERAS A UTILIZAR					CRITERIOS DE INSPECCIÓN																	
FECHA DE INSPECCION	N° DE ESCALERA	TIPO DE ESCALERA	ESCALERA DE MATERIAL	DIMENSIONES	Tiene la longitud necesaria para la labor	Se encuentra asegurada en su parte superior e inferior	Tiene sus bases antideslizantes en buen estado	La escalera se extiende 1 m por encima del apoyo superior	Los largueros se encuentran en buen estado	No hay presencia de lineas o equipos energizados cerca (4 metros mínimo)	Accesorios correctos, asegurados (Brazos, Remaches, Tuercas, Pernos)	Libre de Grietas en el metal o fibra de vidrio	Peldaños (No torcidos, antideslizantes en buen estado)	Plataforma de seguridad compacta - escaleras tijera	Libre de Corrosion de accesorios o escalones de metal (Interior, Exterior)	Libre de Golpes y curvaturas	Condicion de la extension cuerdas y poleas, sin rupturas ni piezas sueltas	Escalera de madera para trabajo hasta máximo 2 metros pintada y con partes	Serial numero	Firma del que inspecciona	Escalera Portatil Operativa / Inoperativa
FEB 12-25	—	—	—	—	B	B	B	B	NA	NA	B	B	B	B	B	B	NA	B			/
FEB 17-25	—	—	—	—	B	B	B	B	NA	NA	B	B	B	B	B	B	NA	B			/

Observaciones

SI LA ESCALERA ESTA FUERA DE SERVICIO Y SE DA DE BAJA, ESTA SERA RETIRADA DE USO Y ROTULADA "EQUIPO PELIGROSO, FUERA DE SERVICIO"

Inspeccionado por:	Revisado y Aprobado por:	
Nombre: [illegible]	Nombre: [illegible]	Nombre:
Firma:	Firma:	Firma:
RESIDENTE HSEQ	COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS	RESIDENTE OBRA/LIDER MANTENIMIENTO

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUDO EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-13
		V.2.
	PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA	FECHA: 09/08/2023

A. Generalidades

Fecha de Expedición: DD / MM / AAAA	Proyecto:	Area de trabajo	Tipo Actividad: Rutinaria / No Rutinaria
17 / 02 / 2025	SEPA.	CUBIERTA.	Rutinaria ✓

Procedimiento (s) de trabajo seguro:

Equipos y herramientas a utilizar

Descripción: Taladro, Pulidora, Malembrica, Pistola de calafateo.

Cedula	Nombre y apellido	Cargo	Firma
1092385[illegible]	Luis Carlos Fernandez Ortiz	Auxiliar	

Duración del Permiso

Desde: DD	MM	AAAA	HH	MM	Hasta: DD	MM	AAAA	HH	MM
17	02	25	8:	00	21	02	25.	5:	00.

Permisos Relacionados: _____

Descripcion del Trabajo: Limpieza de vidrios, Pintura fachada, Impermeabilización de canales, Instalación de cafalgia.

Elemento a Utilizar: Andamio Fijo ☐ Andamio Móvil ☐ Escalera ☐ Elevador Grua ☐ Otro ☐ Cual?

Altura Aprox. De trabajo: 8 mts.

Sistema (s) de acceso con certificado vigente: SI ✓ NO ___

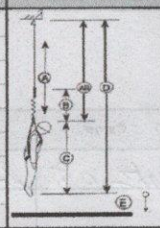
B. Lista de Chequeo General

		Si	No	N/A	Observacion
1	¿Concepto de aptitud medico vigente para realizar trabajo en alturas?				
2	Las personas responsables por la ejecución del trabajo ¿Cuentan con afiliación vigente a seguridad?	✓			
3	¿Se validaron previamente las afiliaciones de los trabajadores?	✓			
4	¿Se cuenta con condiciones ambientales seguras?	✓			
5	¿Constancia de capacitacion y/o certificaco de competencia laboral para realizar trabajo en altura	✓			
6	¿Se delimito completamente el area de trabajo?			✓	
7	Medidas de prevención ¿Se instalo señalizacion de Peligro? Se hizo demaracación, se instalo linea de advertencia? (No pase, Caida de Objetos se taparon huecos, etc)	✓			
8	¿El acceso al lugar de trabajo es adecuado y seguro, si es sistema de acceso certificado, cual cuerdas ?	✓			
9	Las personas responsables por la ejecucion del trabajo **NO** han y/o estan tomando medicamentos, sustancias, licores, que los inhabiliten para realizar el trabajo asignado.		✓		
10	¿Se ha realizado un analisis previo de los riesgos existentes en el area y de las condiciones de seguridad	✓			
11	¿La actividad está documentada de manera detallada (Procedimiento de la tarea y análisis de trabajo)	✓			
12	¿Se cuenta con EPP y equipos de trabajo en alturas adecuados para realizar el trabajo?	✓			
13	¿ Se realizo la inspección de los equipos de trabajo en alturas ?Arnes,Tie Off, eslinga, mosquetón, linea V.	✓			
14	¿Se verificaron los puntos de anclaje por trabajador?	✓			
15	¿Se verificaron los sistemas de restricción, posicionamiento y detección contra caídas a utilizar?	✓			

16	¿Se cuenta con útiles y herramientas adecuadas para el trabajo.?	✓		
17	¿Los sistemas de acceso estan debidamente asegurados?	✓		
18	¿El área debajo del trabajador esta libre de obstáculos, para en caso de una caída no se golpee?	✓		
19	¿El área de trabajo existe riesgo eléctrico? Líneas o equipos energizados.		✓	
20	¿Se mantiene una distancia segura entre el trabajo y líneas o equipos energizados?			✓
21	¿El lugar y equipos quedan en condiciones seguras? (Diligenciar en el cierre del permiso)			✓
22	¿El área queda limpia y libre de Residuos y materiales? (Diligenciar en el cierre del permiso)			✓

	C. Elementos de Proteccion	Si	No	N/A		D. Medidas de Proteccion	Si	No	N/A	Tipo
23	Ropa de Trabajo	✓			31	Punto de Anclaje	✓			
24	Gafas de Seguridad	✓			31	Linea de Vida	✓			
25	Guantes contra abrasión?, otro cual____			✓	31	Conectores			✓	
26	Casco	✓			31	Eslinga (s)	✓			
27	Barbuquejo 3 puntos	✓			31	Freno	✓			
28	Proteccion Auditiva			✓	31	Arnes cuerpo completo	✓			
29	Botas de Seguridad con puntera	✓			31	Descendedor	✓			
30	Proteccion Respiratoria, cual____	✓			31	otro:				

D. Calculo Requerimiento de claridad



A: distancia caida libre = Longitud de Eslinga
B: Elongacion de Eslinga (max 60 cm + elongación árnes
AB: Distancia total caida
C: Altura del trabajador
D: Distancia Total de caida
E: Factor Seguridad= 1 m

RC= A+B+C+D

RC= Mts

F. Observaciones

Trabajadores que Inspeccionan

Nombres y apellidos	Cedula	Firma
Luis Carlos Fernandez	1090385250	Luis Fernandez

Revisión Punto de anclaje - Conforme Si /No

Día 1	día 2	día 3	día 4	día 5	día 6	día 7	Observaciones

G. Aprobación del Permiso

Nombre, Apellido y Firma del responsable de autorizar el trabajo	Nombre, Apellido y Firma del responsable de activar el plan de emergencias	Nombre, Apellido y Firma del Coordinador de trabajo en alturas	Nombre y Firma Otro (Ayudante de Seguridad cuando aplique)
Valentina Buitrago. CC. 1088353307.			NA

H. Suspensión del Permiso

Suspensión debida a:		Responsable de la actividad	Nombre	
			Firma	
			Cargo	
Actividades a ejecutar para reiniciar labores		Personas autorizadas	Nombre	
			Firma	
			Nombre	
			Firma	
			Nombre	
			Firma	

I. Finalización y permiso de trabajo

Nombre, Apellido y Firma del responsable de autorizar el trabajo	Nombre, Apellido y Firma del responsable de activar el plan de emergencias	Nombre, Apellido y Firma del Coordinador de trabajo en alturas	Nombre y Firma Otro (Ayudante de Seguridad cuando aplique)

LIMACOR	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COD: SST-FO-11
		V. 2
	ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS	FECHA: 09/08/2023

Proyecto: SRPA - cubierta	Ciudad: Pereira Rda.
Área/Proceso:	Lugar y ubicación donde se realiza el trabajo: SRPA, PISO 5.
Fecha de realización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 17/02/25	Fecha de finalización del Trabajo (dd/mm/aaaa): 21/02/25
Hora de Inicio diaria (a.m./p.m.): 8:00 am.	Hora de Finalización diaria (a.m./p.m.): 5:00 pm.

Descripción de la tarea a realizar:

Limpieza de vidrios, Pintura fachada, Impermeabilización de canales, instalación de altaleria.

PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:

TRABAJO EN ALTURA	✓	ESPACIO CONFINADO		CALIENTE	
RIESGO ELÉCTRICO		OTRO, CUAL?			

Identificacion	Nombres y apellidos	Se le ha comunicado que actividad se va a desarollar, se le ha expli cado como se realiza y entiende como realizarla?		Consumió algun medicamento en las ultimas 24H? En caso afirmativo indicar Cuál.		Se encuentra en condiciones de salud adecuadas para desarrollar la actividad?		Firma
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1092325950	Luis Carlos Fernandez	✓			✓	✓		Luis Fernandez

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS		*Indique cada una de las herramientas a utilizar.*
Manuales	✓	Taladro, polisombra, andamio tipo colgante
Eléctricas	✓	
Neumáticas		
Hidráulicas		
Mecánicas		
Otras		

ANALISIS DE LA TAREA

¿Qué tan alto se encuentra el lugar de trabajo?	8 mts.
¿Cuál es el sistema de acceso al lugar de trabajo?	Ascensor.
¿Se han establecido los puntos de anclaje?	SI
¿Se han realizado los cálculos de requerimiento de claridad?	SI
¿Se tiene distancia mínima de 4 metros de líneas energizadas perimetrales?	SI
¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos?	Linea de vida, FRENO, ARNES
¿Cuáles son los elementos de protección requeridos?	Linea de vida, FRENO, ARNES
¿Cuántos trabajadores se requieren?	1
¿Qué materiales y recursos van a utilizarse?	NA
¿Existen hoyos o grietas debajo del área de trabajo?	NA
¿Se tiene disponible línea de trabajo diferente a línea de vida, ascenso y descenso de materiales?	SI
¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo?	SI
¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.)	NA

Pasos detallados de la tarea	Peligros existentes y potenciales	Consecuencias	Controles Requeridos
Armado de andamio	condiciones de seguridad	Atrapamiento caidas	Personal certificado y capacitado para la labor.
anclaje, impermeabilización y pica del concreto	condiciones de seguridad.	caidas	Supervisión de la labor, Personal certificado y capacitado para la labor.
Toma de medidas	condiciones de seguridad	caidas	· Supervisión de la labor, Personal capacitado y capacitado para la labor.
Retiro de silicona sellamiento	· condiciones de seguridad.	· caidas	· Supervisión de la labor. Personal certificado y capacitado para la labor.
Pintura de fachada	· condiciones de seguridad.	· caidas	· Supervisión de la labor, Personal certificado y capacitado para la labor.
Sellamiento ventana	· Condiciones de seguridad	· caidas	· Supervisión de la labor, Personal certificado y capacitado para la labor.
limpieza de vidrio	locativo	Riesgo de caida,	Supervisión de la labor. Personal certificado
Orden y aseo.	locativo	Riesgo de caida	· Supervisión de la labor, Personal certificado.

EVALUACION DEL RIESGO

¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?

- [x] Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- [ ] No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?

- [x] Si, proceda con la tarea.
- [ ] No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

NOTA ACLARATORIA

Si alguna de las condiciones de este análisis de trabajo cambia, se debe emitir uno nuevo análisis de riesgo de manera inmediata

Observaciones.:

En caso de cambio de actividad se realizara un nuevo ATS y permiso de altura.

Nombre y Cedula del Lider tecnico de la Cuadrilla	Firma
luis carlos fernandez 1092385250	luis fernandez
Nombre y Cedula de la persona del Residente SST	**Firma**
Arenal. Ad/VEG 1088054174	

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que DIANA JULIETH DUQUE GOMEZ identificado(a) con CC 1087554179 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

LYH CONSULTORIAS S.A.S NI 900273426

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-01	2025-02	845756423	3478356961	E	2025-02-07																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1.423.500	$227.760
ARL	LA EQUIDAD SEGUROS	30	6.96%	$1.423.500	$99.076
CCF	COMFAMILIAR RISARALDA	30	4%	$1.423.500	$56.940
EPS	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A S.O.S EPS	30	4%	$1.423.500	$56.940

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-01	2025-02	845756423	3478356961	E	2025-02-07																	

Este certificado se expide el día 2025-02-07 a las 09:00.

Medellín, 27 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 HERRERA AGUIRRE NADYA RUTH.

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 RISARALDA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C10022807	HOYOS CASTRO JHON EDIER	28/01/2025		23196q24	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 27/01/2025 19:50:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.81.124.66, 198.143.41.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Luis Miguel Hincapié Rubio

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Calle 19 # 5-13, Clínica Risaralda, consultorio 709
hincapiejm@gmail.com - 314 631 2161



NOMBRE DEL PACIENTE	JHON EDIER HOYOS CASTRO	**GENERO**	MASCULINO
DOCUMENTO	CC 10022807	**EDAD**	50 AÑO(S) 1 MES(ES) 8 DIAS
ENTIDAD	NADYA RUTH HERRERA AGUIRRE	**E-MAIL**	----
DIRECCIÓN	CRA 8 #4A 19 PROGRESAR	**MUNICIPIO**	CHINCHINA

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General **Fecha de Exámen: 2025-02-11 07:49:37**

Empresa Contratante
NADYA RUTH HERRERA AGUIRRE

Ciudad
PEREIRA

Cargo A Desempeñar
OFICIAL

Tipo De Exámen
Pre-Empleo

Diagnósticos

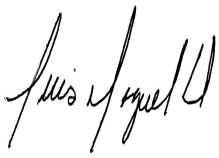
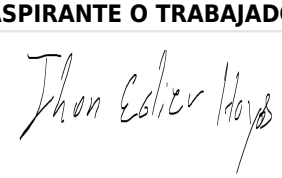
Código	Nombre	Tipo
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional

PRE-EMPLEO
Sin Restricciones

Recomendaciones Paciente
3. Higiene postural

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO	ASPIRANTE O TRABAJADOR
	
PROFESIONAL : LUIS MIGUEL HINCAPIE RUBIO	**NOMBRE :** JHON EDIER HOYOS CASTRO
ESPECIALIDAD : MÉDICO ESPECIALISTA EN SST	**DOCUMENTO :** 10022807
REGISTRO MEDICO : 1088311656 LPSST 2599-22	

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HOYOS CASTRO JHON EDIER** identificado(a) con **CC** número **10.022.807** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de febrero 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

2025021211434

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014190759	1|2|0|2|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
HOYOS Primer apellido	CASTRO Segundo apellido	JHON Primer nombre	EDIER Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	10022807	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: CALDAS Municipio: CHINCHINA	3|1|1|2|1|9|7|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒	Categoria Discapacidad
6				

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS CARIBE	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 8 # 8 19 PROGRESAR 1		3045814480	JHONEDIERH80@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
CALDAS	CHINCHINA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS CHINCHINA - VS CHINCHINA	VSCHINCHIN - VSCHINCHIN
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
NADYA RUTH HERRERA AGUIRRE	CC	25180175	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
MZ 3 C 7 BRR VILLA ELKIN	3206867402	MARIANAMARQUEZH0216@GMAIL.COM	RISARALDA	DOS QUEBRADAS

No de Radicacion
4014190759

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|7|0|1|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ 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 poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ 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 Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.** ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.** ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

Jhon Edier Hoyos	Bernardo
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

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:

JHON FREDY HERNANDEZ AGUIRRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.400.553**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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 HERRERA AGUIRRE NADYA RUTH.

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 RISARALDA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C16400553	HERNANDEZ AGUIRRE JHON FREDY	15/01/2025		62541312	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 20:11:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.81.124.66, 198.143.41.46, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Luis Miguel Hincapié Rubio

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo
Calle 19 # 5-13, Clínica Risaralda, consultorio 709
hincapiejm@gmail.com – 314 631 2161



NOMBRE DEL PACIENTE	JHON FREDY HERNANDEZ AGUIRRE	**GENERO**	MASCULINO
DOCUMENTO	CC 16400553	**EDAD**	58 AÑO(S) 7 MES(ES) 8 DIAS
ENTIDAD	NADYA RUTH HERRERA AGUIRRE	**E-MAIL**	
DIRECCIÓN	BARRIO COMUNEROS CASA 91	**MUNICIPIO**	DOSQUEBRADAS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General **Fecha de Exámen: 2025-02-11 08:24:04**

Empresa Contratante
NADYA RUTH HERRERA AGUIRRE

Ciudad
PEREIRA

Cargo A Desempeñar
AYUDANTE

Tipo De Exámen
Pre-Empleo

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA

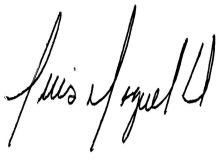
Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional

PRE-EMPLEO
Sin Restricciones

Recomendaciones Paciente

3. Higiene postural

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO	ASPIRANTE O TRABAJADOR
	
PROFESIONAL : LUIS MIGUEL HINCAPIE RUBIO	**NOMBRE :** JHON FREDY HERNANDEZ AGUIRRE
ESPECIALIDAD : MÉDICO ESPECIALISTA EN SST	**DOCUMENTO :** 16400553
REGISTRO MEDICO : 1088311656 LPSST 2599-22	

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 CARLOS FERNANDEZ ARIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.092.385.250**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Marzo 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.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

Los siguientes empleados se encuentran afiliados a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la empresa ATIA CONSTRUCCIONES SAS identificada con NI número 900731148 registrada en nuestro sistema con formulario de afiliación número: A2194849

Nombre	Identificación	Fecha de Ingreso	Fecha de Retiro	Estado
LUIS CARLOS FERNANDEZ ARIAS	1092385250	07/10/2024		Activo
JOSE TOMAS MONTIEL QUIÑONEZ	98651272	07/10/2024		Activo

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

martes, 28 de enero de 2025 a las 02:38 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00014642870002063276.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1092385250
NOMBRES	LUIS CARLOS
APELLIDOS	FERNANDEZ ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PEREIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/01/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/28/2025 14:41:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA